

Министерство Здравоохранения Свердловской области  
Научно-методический образовательный центр  
по организации психосоциальной помощи беременным женщинам  
и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации,  
в службе охраны здоровья матери и ребенка по Свердловской области

# **РАБОЧАЯ КНИГА СПЕЦИАЛИСТА В ЗАЩИТУ ЖИЗНИ**

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

*Для медицинских работников,  
клинических психологов сферы родовспоможения,  
специалистов по социальной работе и юристов  
Перинатальных Центров и женских консультаций*

Екатеринбург, 2019

УДК 159.9  
ББК 88.5  
Р13

**Автор-составитель:**

**Ицкович М.М.** – кандидат психологических наук., доцент кафедры общей и социальной психологии Уральского федерального университета; организатор медико-социальной службы по охране материнства и детства Министерства здравоохранения Свердловской области.

Данное Методическое пособие издано в рамках социально значимого проекта «Медико-социальная помощь беременным в трудной жизненной ситуации», реализуемого АНО «Уральский центр медиации» с привлечением субсидии Министерства здравоохранения Свердловской области в 2019 году.  
Тираж 30 экземпляров.

**Р13 Рабочая книга специалиста в защиту жизни** : методическое пособие / коллектив авторов под общей редакцией к.пс.н. Ицковича М.М. (Т.Г. Ярославцева, А.И. Ветчанинова, О.А. Грачева, А.Д. Макарова, А.А. Попова, Л.С., Сафаргалина Л.С., Н.Д. Хакимова) – Екатеринбург: Издательский Дом «Ажур», 2019. 560 с.

ISBN 978-5-91256-467-3

В данном методическом пособии отражены различные аспекты медико-социальной деятельности в сфере охраны здоровья матери и ребенка. В пособии приведены рабочие материалы, алгоритмы деятельности, схемы взаимодействия при маршрутизации беременных женщин в трудной жизненной ситуации. Даны методические приемы и конкретные техники консультирования по юридическим, психологическим и социальным аспектам беременных женщин в различных жизненных ситуациях. Пособие будет полезно для медицинского психолога, юриста, специалиста по социальной работе и любого другого специалиста, работающего с проблемами и нуждами беременных женщин.

УДК 159.9  
ББК 88.5

ISBN 978-5-91256-467-3

© Ицкович М. М., 2019.

## **Содержание**

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ по маршрутизации и межведомственному взаимодействию сопровождения кризисного случая в сфере родовспоможения Свердловской области**

Введение .....	7
1. Понятие «трудная жизненная ситуация» .....	8
2. Система психологической помощи, основанная на трехуровневой системе родовспоможения Свердловской области .....	10
3. Основные группы женщин, находящихся в различных стрессовых состояниях, с которыми работают психологи второго и третьего уровней. ....	15
4. Алгоритм межведомственного сопровождения клиентского случая. ....	17
Заключение .....	23
Приложения .....	24

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ организации психологической работы в Перинатальных Центрах**

1. Введение .....	57
2. Организационная структура деятельности Перинатального Центра. ....	58
3. Организация психологической работы в ПЦ .....	62
Заключение .....	95
Список литературы .....	96
Приложения .....	98

### **ПРОФИЛАКТИКА отказов от новорожденных детей в системе родовспоможения Свердловской области**

Введение .....	121
Нормативно-правовые документы .....	122
Специфика работы по профилактике отказов в НКО и государственных учреждениях. ....	123
Депривация ребенка .....	125
Психологические аспекты вынашивания беременности. ....	128
Причины отказов от новорожденных детей. ....	137
Распространенные стереотипы об отказах от новорожденных .....	145
Профилактическая работа с женщиной, планирующей отказ от новорожденного ребенка .....	151
Что можно сделать для ребенка, если отказ все же происходит? .....	162
Что важно для матери, если отказ все же происходит? .....	162
Опыт работы с отказами в ОПЦ .....	163
Заключение .....	167
Список литературы .....	168
Приложения .....	169

## **РОДЫ**

Способы саморегуляции эмоционального состояния . . . . .	188
Вертикальные положения в период раскрытия шейки матки. . . . .	191
Методы самообезболивания. . . . .	204
Навыки папы (партнера) во время партнерских родов . . . . .	211
Литература . . . . .	218

## **КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ: КАК И О ЧЕМ ГОВОРИТЬ**

### **Часть 1**

#### **Организация и содержание консультирования в сложных ситуациях репродуктивного поведения**

Введение . . . . .	221
Глава 1. Место психолога-консультанта среди специалистов-смежников: психологическое консультирование, психологическая коррекция и психотерапия . . . . .	222
Глава 2. Понимание личности в социально-психологическом консультировании людей в трудной жизненной ситуации . . . . .	227
Глава 3. Представление о консультировании и использовании психологических стратегий в консультировании. . . . .	249
Глава 4. Особенности консультирования различных типов клиентов, находящихся в кризисном состоянии . . . . .	289
Глава 5. Примерный перечень методов, техник и приёмов психокоррекции при консультировании женщин в проблемах репродуктивного выбора . . . . .	311
Список используемой и рекомендуемой литературы . . . . .	341

## **КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ**

### **Часть 2**

#### **Юридические комментарии к ситуациям кризисного репродуктивного консультирования**

Глава 1. Жилищные проблемы. . . . .	347
Глава 2. Материальные проблемы. . . . .	352
Глава 3. Проблемы взаимоотношений с родственниками. . . . .	360
Глава 4. Проблемы взаимоотношения пары. . . . .	374
Глава 5. Проблемы здоровья . . . . .	388
Глава 7. Проблемы с регистрацией и гражданством . . . . .	406
Глава 8. Проблемы ценностной сферы и установок . . . . .	412
Глава 9. Психологические проблемы и страхи. . . . .	426
Глава 10. Психологические травмы. . . . .	444
Глава 11. Психологическое давление . . . . .	455
Глава 12. Сложные жизненные ситуации, в которых могут оказаться беременные женщины . . . . .	465



**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
по маршрутизации и межведомственному  
взаимодействию сопровождения  
кризисного случая в сфере родовспоможения  
Свердловской области**

*Для руководителей и врачей, клинических психологов,  
специалистов по социальной работе и юристов  
сферы родовспоможения*

### **Авторы-составители:**

**Ицкович М.М.** – канд.психол.наук, доцент кафедры общей и социальной психологии Уральского федерального университета; организатор медико-социальной службы по охране материнства и детства Министерства здравоохранения Свердловской области.

**Макарова А.Д.** – клинический психолог, руководитель Научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья матери и ребенка по Свердловской области

**Сафаргалина Л.С.** – клинический психолог Научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья матери и ребенка по Свердловской области.

**Хакимова Н.Д.** – клинический психолог Научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья матери и ребенка по Свердловской области; сертифицированный гештальт-терапевт; педагог-психолог; семейный консультант.

### **Внешние рецензенты:**

**Зильбер Н.А.** – главный специалист отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области.

**Перцель М.Г.** – психотерапевт, главный врач клинки неврозов «Сосновый бор», главный внештатный психотерапевт Свердловской области.

## ВВЕДЕНИЕ

Выявление кризисной или трудной жизненной ситуации у беременной женщины чаще всего происходит на приеме акушера-гинеколога или в стационаре акушерского профиля. Врачу важно определить, нуждается ли женщина в специализированной психологической, социальной или юридической помощи, а затем сигнализировать о пациентке ответственному специалисту. Иногда женщины самостоятельно обращаются за социально-психологической помощью и тогда специалист, к которому обратилась беременная или родильница, сам занимается решением вопросов и привлечением дополнительных специалистов и уполномоченных организаций в зависимости от проблематики женщины.

Данное методическое пособие посвящено алгоритму маршрутизации беременных и родильниц, находящихся в кризисной или трудной жизненной ситуации, получающих медицинскую помощь в сфере родовспоможения, как от акушера-гинеколога к специалисту, так и между психологами учреждений разного уровня или, если этого требует поставленная задача, в структуры социальной или благотворительной помощи.

Сразу стоит оговориться, что данная маршрутизация ограничена тем медицинским диагнозом, по которому женщина госпитализирована в лечебное учреждение Свердловской области соответствующего уровня. На сегодняшний день психологи работают либо с женщинами, пришедшими на прием в женскую консультацию, либо, если этой женщине нужна более высокоуровневая помощь, в перинатальных центрах Свердловской области или в областном перинатальном центре.

Психологи, сопровождающие женщину в лечебных учреждениях второго и третьего уровня, имеют возможность сигнализировать психологам женских консультаций, находящихся в области (на первый уровень), о необходимости дальнейшего сопровождения после выписки женщины из стационара. При необходимости возможна маршрутизация женщины от психолога и с первого уровня.

На каком бы из уровней ни оказывалась психологическая помощь, специалист должен понимать какие ресурсы есть в территории, где проживает женщина и куда именно он может ее направить для получения своевременной квалифицированной помощи.

Предложенный алгоритм маршрутизации ориентирован на помощь врачам-гинекологам, психологам и другим специалистам с целью улуч-

шения межведомственного взаимодействия и повышения качества медико-психологической и социально-правовой помощи беременным и родильницам, оказавшимся в кризисной или трудной жизненной ситуации.

## **1. Понятие «трудная жизненная ситуация»**

Формулировка «трудная жизненная ситуация» относится к числу понятий, наиболее часто употребляемых в учебной и научной литературе по психологии, социологии, социальной работе, и рассматривается как разновидность социальной ситуации.

Правовое понятие «трудной жизненной ситуации» первоначально было дано в статье 3 от 10 декабря 1995 года №195 – ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан Российской Федерации». Оно обозначает ситуацию, объективно нарушающую жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), которую он не может преодолеть самостоятельно.

Но с 1 января 2015 года вступил в силу расширенный Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», где было введено понятие «получатель социальных услуг» (п. 3 ст. 3 нового закона). Гражданин может быть признан получателем социальных услуг, если он является нуждающимся в социальном обслуживании и ему предоставляется социальная услуга.

Гражданин признается нуждающимся в социальном обслуживании в случае, если существует хотя бы одно из следующих обстоятельств:

- полная или частичная утрата способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, обеспечению основных жизненных потребностей в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности;
- наличие в семье инвалида или инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе;
- наличие ребенка или детей, испытывающих трудности в социальной адаптации;
- невозможность обеспечения ухода за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними;

- насилие в семье или внутрисемейный конфликт, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, имеющими пристрастие к азартным играм, или лицам страдающими психическими расстройствами;
- отсутствие определенного места жительства;
- отсутствие работы и средств к существованию;
- наличие иных обстоятельств, которые на региональном уровне признаны ухудшающими или способными ухудшить условия жизнедеятельности граждан (ст. 15 нового закона).

Человек не всегда способен выйти из ТЖС самостоятельно, и в этом случае требуется помощь государства и общества. В некоторых случаях людям удается справляться с трудной жизненной ситуацией, мобилизуясь и выходя из нее, перестраивая свое мировоззрение и систему ценностей, адаптируясь к условиям жизни. Тогда можно говорить, что, продолжая оставаться в трудной жизненной ситуации, человеку удалось избежать кризиса. В противном случае трудная жизненная ситуация становится «кризисной».

*Кризис* (от греч. Krisis – решение, поворотный пункт, исход) – состояние, при котором невозможно дальнейшее функционирование индивида в рамках прежней модели поведения, даже если она целиком устраивала данного индивида. Ситуация, в которой от человека для успешной адаптации требуется изменение привычных действий, рассуждений, реакций.

На сегодняшний день с гражданами, находящимся в кризисной или трудной жизненной ситуации работают не только социальные службы, но и психологи, и социальные работники лечебных учреждений. Чаще всего они сталкиваются с этой категорией в системе родовспоможения, на консультативных приемах в женских консультациях или в стационарах.

Психологи родовспоможения Свердловской области выделяют следующие группы пациенток, нуждающихся в специализированной помощи:

1. Женщины, имеющие признаки нарушения психологической адаптации (повышенная тревожность, депрессивность, слезы, страхи, фобии, панические атаки, повышенная возбудимость, конфликтность, агрессивность, замкнутость, подавленность, тоска, равнодушие к происходящему, затяжные приступы чувства вины, инфантильность, эйфория);
2. Женщины, социальной группы риска:

2.1. пациентки с подозрением или наличием ментальных нарушений/психиатрических диагнозов;

2.2. пациентки, находящиеся в конфликтных отношениях с родственниками и близким окружением или в ситуации развода;

2.3. пациентки – жертвы физического, сексуального, психологического, экономического насилия;

2.4. несовершеннолетние пациентки;

2.5. пациентки с нестабильным материальным положением или отсутствие жилья (студентки, малообеспеченные, женщины-сироты с детьми, самостоятельно проживающие выпускницы домов и школ-интернатов);

2.6. пациентки-мигрантки (наличие юридических проблем с документами);

2.7. пациентки с «зависимостью»/с наличием социальных заболеваний (ВИЧ, гепатит и др.)

2.8. пациентки, воспитывающие детей-инвалидов/сами являвшиеся инвалидами (см. Методические аспекты организации психологической работы в Перинатальных центрах).

На сегодняшний день существует трехуровневая система оказания психологической помощи женщинам, находящимся в трудных жизненных ситуациях, которая базируется на трёхуровневой системе родовспоможения Свердловской области. В зависимости от того на каком из уровней происходит выявление пациентки, ей оказывается либо местная консультативная психологическая и социальная помощь, либо эта женщина маршрутизируется из учреждения третьего или второго уровней в учреждение первого уровня для дальнейшей работы по ее случаю.

## **2. Система психологической помощи, основанная на трехуровневой системе родовспоможения Свердловской области**

В соответствии с Приказом от 9 октября 2017 года 1717-п «О совершенствовании маршрутизации беременных, рожениц и родильниц на территории Свердловской области» Министерством здравоохранения Свердловской области была выстроена трехуровневая система оказания и психологической помощи женщинам, находящимся в трудной жизненной ситуации (см. прил. 1). В зависимости от основной причины

нахождения женщины в лечебном учреждении одного из уровней, ей оказывается своевременная адекватная психологическая помощь.

**Первая группа, или первый уровень** — к нему относятся психологи женских консультаций в центральных районных больницах. Там врачами оказывается помощь женщинам с физиологически протекающей беременностью, а также женщинам, решившим сделать аборт. Поэтому *в задачах психолога на первом уровне стоит:*

- психологическое консультирование, направленное на сохранения беременности при репродуктивном выборе;
- психологическая работа с несовершеннолетними беременными и их семьями;
- психологическая диагностика, консультирование и коррекция острых стрессовых и эмоциональных реакций у пациенток;
- работа направленная на профилактику отказов от новорожденных;
- работа с беременными и женщинами с детьми, находящимися в кризисной или трудной жизненной ситуации с привлечением межведомственных организаций, благотворительных фондов и некоммерческих организаций;
- ведение школ для будущих родителей;
- работа с медицинским персоналом, направленная на профессиональное выгорание.

### **Учреждения Первого уровня**

- 1 ГБУЗ СО «Ивдельская центральная районная больница»
- 2 ГБУЗ СО «Центральная районная больница Верхотурского района»
- 3 ГБУЗ СО «Новолялинская районная больница»
- 4 ГБУЗ СО «Североуральская центральная городская больница»
- 5 ГБУЗ СО «Карпинская центральная городская больница»
- 6 ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Нижний Тагил»
- 7 ГБУЗ СО «Городская больница ЗАТО Свободный»
- 8 ГБУЗ СО «Кировградская центральная городская больница»
- 9 ФГБУЗ «МСЧ № 31 ФМБА России», г. Новоуральск
- 10 ГБУЗ СО «Невьянская центральная районная больница»
- 11 ГБУЗ СО «Нижнесалдинская центральная городская больница»
- 12 ГБУЗ СО «Верхнесалдинская центральная городская больница»
- 13 ГБУЗ СО «Центральная городская больница город Кушва»
- 14 ГБУЗ СО «Городская больница № 4 город Нижний Тагил»
- 15 ГБУЗ СО «Центральная районная больница город Верхняя Тура»

- 16 ГБУЗ СО «ГБ Верхнего Тагила»
- 17 ГБУЗ СО «Красноуральская городская больница»
- 18 ГБУЗ СО «Нижнетуринская центральная городская больница»
- 19 ГБУЗ СО «Качканарская центральная городская больница»
- 20 ФГБУЗ «Центральная МСЧ № 91 ФМБА России», г.Лесной, ж/к
- 21 ГБУЗ СО «Ачитская центральная районная больница»
- 22 ГБУЗ СО «Артинская центральная районная больница»
- 23 ГБУЗ СО «Шалинская центральная городская больница»
- 24 ГБУЗ СО «Бисертская городская больница»
- 25 ГБУЗ СО «Полевская центральная городская больница»
- 26 ГБУЗ СО «Нижнесергинская центральная районная больница»
- 27 ГБУЗ СО «Дегтярская городская больница»
- 28 ГБУЗ СО «Красноуфимская районная больница»
- 29 ГБУЗ СО «Ревдинская городская больница»
- 30 ГБУЗ СО «Пышминская центральная районная больница»
- 31 ГБУЗ СО «Городская больница город Каменск-Уральский»
- 32 ГБУЗ СО «Камышловская центральная районная больница»
- 33 ГБУЗ СО «Богдановичская центральная районная больница»
- 34 ГАУЗ СО «Сухоложская районная больница»
- 35 ГБУЗ СО «Белоярская центральная районная больница»
- 36 ГБУЗ СО «Каменская центральная районная больница»
- 37 ГБУЗ СО «Рефтинская городская больница»
- 38 ГБУЗ СО «Малышевская городская больница»
- 39 ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 32 ФМБА России», г.Заречный
- 40 ГБУЗ СО «Алапаевская центральная районная больница»
- 41 ГБУЗ СО «Тавдинская центральная районная больница»
- 42 ГБУЗ СО «Талицкая центральная районная больница»
- 43 ГБУЗ СО «Тугулымская центральная районная больница»
- 44 ГБУЗ СО «Туринская центральная районная больница им. О.Д. Зубова»
- 45 ГБУЗ СО «Байкаловская центральная районная больница»
- 46 ГБУЗ СО «Слободо-Туринская районная больница»

**Ко второй группе** (второй уровень) относятся психологи муниципальных многопрофильных центров. Таких центров в области шесть. В их структуре есть перинатальные и детские центры. Там созданы все условия для оказания диагностической и лечебной помощи, в том числе для беременных и детей всех возрастных групп. И в задачи психолога на втором уровне входит помощь пациенткам с низкой или средней степенью риска по материнской и младенческой смертности:



- психологическая диагностика, консультирование и коррекция острых стрессовых и эмоциональных реакций и состояний беременной или родильницы;
- работа с родственниками;
- профилактика отказов от новорожденных и работа со всеми участниками процесса;
- взаимодействие с социальными службами при отказе от новорожденного;
- работа с беременными и родильницами, находящимися в кризисной или трудной жизненной ситуации с привлечением межведомственных организаций, благотворительных фондов и некоммерческих организаций, а также маршрутизация психологу по месту жительства для дальнейшей работы;
- ведение школ «грудное вскармливание», «будущая мама»;
- профилактика эмоционального выгорания у медицинских работников;
- повышение психологической грамотности сотрудников;
- просветительская деятельность;
- методическая деятельность.

### **Учреждения Второго уровня**

- 1 ГБУЗ СО «Краснотурьинская городская больница»
- 2 ГБУЗ СО «Демидовская городская больница»
- 3 ГБУЗ СО «Городская больница город Первоуральск»
- 4 ГБУЗ СО «Детская городская больница город Каменск-Уральский»
- 5 ГБУЗ СО «Городская больница город Асбест»
- 6 ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница»

**Учреждения третьего уровня** — В Свердловской области есть два учреждения третьей группы А и Б, которые оказывают высокотехнологичную помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным высокой степени риска по материнской и младенческой смертности. Психологическая служба представлена своими специалистами только в Областном перинатальном центре при ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница №1». В составе перинатального центра функционирует несколько подразделений: консультативно-диагностическое отделение, акушерское отделение дородовой госпитализации, гинекологическое отделение, акушерское родовое отделение, акушерское наблюдательное отделение, неонатальное отделение, отде-

ления анестезии и реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей, беременных и родильниц, отделение патологии новорожденных. А также работает областной акушерский консилиум и центр дистанционного консультирования.

На диагностику и госпитализацию в областной перинатальный центр направляют учреждения первого и второго уровня Свердловской области, а также городские женские консультации и роддома исключительно по показаниям со стороны плода или ребенка. Так как на его базе при «ОДКБ№1» работает центр для детей с редкими заболеваниями, сосредоточена вся хирургия новорождённых.

Различают группы перинатального риска со стороны плода и группы беременных с акушерской и экстрагенитальной патологией. Степень риска определяется акушером-гинекологом. Принадлежность к группе риска и степень его определяется при взятии женщины на учет и уточняются в 28-30 и 36-38 недель беременности, когда дорабатывается план ведения беременности и родов. Каждый фактор риска оценивают в баллах, суммируя их, устанавливают степень риска. Различают высокую (10 баллов и выше), среднюю (5-9 баллов) и низкую (до 4 баллов) степени риска.

В перинатальные центры направляются беременные, роженицы и родильницы со средней и высокой степенями риска:

а) с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения;

б) с отягощенным акушерским анамнезом (несовершеннолетние, женщины, страдающие привычным невынашиванием, имеющими в прошлом случаи перинатальной смерти, рождение детей с низкой массой тела, врожденными пороками развития и др.);

в) с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, неправильное положение плода, плацентарные нарушения, многоплодие, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков и др.);

г) с выявленной патологией развития плода.

#### ***Задачи психолога на третьем уровне:***

— психологическая диагностика, консультирование и коррекция острых стрессовых и эмоциональных реакций и состояний беременных, рожениц и родильниц;

— оказание психологической помощи в ситуациях перинатальной утраты;

- профилактика отказов от новорожденных и работа со всеми участниками процесса;
- взаимодействие с социальными службами при отказе от новорожденного;
- профилактика социального сиротства и неблагополучия;
- работа с беременными и родильницами, находящимися в кризисной или трудной жизненной ситуации с привлечением межведомственных организаций, благотворительных фондов и некоммерческих организаций, а также маршрутизация к психологу по месту жительства для дальнейшей работы;
- работа с несовершеннолетними беременными;
- работа с родственниками;
- профилактическая работа эмоционального выгорания у медицинских работников;
- повышение психологической грамотности сотрудников;
- участие в областном акушерском консилиуме;
- просветительская деятельность;
- образовательная деятельность;
- методическая деятельность.

### **Учреждения Третьего уровня**

- 1 Областной Перинатальный Центр – третья А группа
- 2 ФГБУ НИИ ОММ – третья Б группа

### **3. Основные группы женщин, находящихся в различных стрессовых состояниях, с которыми работают психологи второго и третьего уровней**

<b>Стресс, связанный с беременностью</b>	<b>Стресс, не связанный с беременностью</b>	<b>Стресс в послеродовом периоде</b>
Пациентки, столкнувшиеся с антенатальной гибелью плода	Пациентки, внезапно столкнувшиеся с гибелью, или смертельной болезнью/ инвалидизацией супруга или близкого родственника	Пациентки, столкнувшиеся с перинатальной потерей

<b>Стресс, связанный с беременностью</b>	<b>Стресс, не связанный с беременностью</b>	<b>Стресс в послеродовом периоде</b>
Пациентки, узнавшие о ВПР и хромосомных нарушениях плода	Пациентки, столкнувшиеся с чрезвычайными ситуациями (аварии, пожары и другие природные бедствия)	Пациентки, столкнувшиеся с экстирпацией матки и другой травматизацией в родах
Пациентки, столкнувшиеся с внезапным ухудшением состояния здоровья плода	Пациентки, находящиеся в конфликтных отношениях с родственниками или близким окружением, ситуация развода	Пациентки, столкнувшиеся с внезапным ухудшением состояния своего здоровья, блокирующим уход за новорожденным
Пациентки, столкнувшиеся с внезапным ухудшением состояния своего здоровья	Пациентки-жертвы физического, сексуального, психического, экономического насилия	Пациентки, высказывающие намерение отказа от ребенка
Пациентки, находящиеся на длительной госпитализации	Пациентки-мигранки (наличие юридических проблем с документами) Пациентки с нестабильным материальным положением или отсутствием жилья	Матери, ухаживающие за недоношенным ребенком или за ребенком с ВПР/хромосомными нарушениями на первом и втором этапе выхаживания
Пациентки, узнавшие о необходимости досрочного родоразрешения или изменения родоразрешения	Пациентки с впервые выявленными заболеваниями (ВИЧ, гепатиты, рак и др.)	Пациентки, столкнувшиеся с внезапным ухудшением состояния здоровья ребенка
Пациентки, испытывавшие постоянную тревогу и страх перед родами, а также с другими эмоциональными нарушениями	Пациентки с инвалидностью, а также с подопрежением или наличием ментальных нарушений/психиатрических диагнозов	Пациентки, испытывавшие проблемы с грудным вскармливанием

Когда беременная женщина или родильница сталкивается с такими ситуациями, ее тревога и напряжение нарастает. К соматическому и акушерскому состоянию могут присоединяться невротические реакции,

расстройства адаптации. Для стабилизации эмоционального состояния такие пациентки особенно нуждаются в специализированной психологической помощи и решению вопросов по дальнейшей маршрутизации.

#### **4. Алгоритм межведомственного сопровождения клиентского случая**

В зависимости от того, где именно (на этапе женской консультации по месту жительства или в перинатальном районном /областном центре) была выявлена женщина, находящаяся в кризисной или трудной жизненной ситуации, алгоритм работы психолога и социального работника будет видоизменяться.

В случае выявления на этапе женской консультации психолог или социальный работник может самостоятельно работать со случаем, а при необходимости перенаправить данную женщину в межведомственные и благотворительные организации для получения своевременной поддержки и помощи.

Если же женщина выявляется на этапе нахождения в перинатальном центре, то психолог, работая с ней во время ее пребывания в стационаре, должен передать данную женщину психологу женской консультации по месту жительства, после ее выписки. Либо самостоятельно перенаправить в межведомственные структуры, если есть такая возможность.

Маршрутизируя женщину, специалист, который ее направляет должен заполнить «лист маршрутизации» (см. прил.2), а также лично связаться с психологом по месту жительства к которому направляется пациентка.

#### **I этап: «Выявление»**

##### **Кто выявляет:**

1. Акушер-гинеколог женской консультации на приеме
2. Акушерские стационары разных уровней, врачи акушеры-гинекологи
3. Перинатальные центры, врачи акушеры-гинекологи
4. Психолог/специалист по социальной работе женских консультаций, акушерских стационаров или перинатальных центров (при социально-психологических рисках)
5. Врачи-неонатологи.

***Признаки, по которым можно определить степень социально-психологического риска у женщины:***

- Отягощенный акушерский анамнез, нарушающий психо-эмоциональное состояние женщины (выкидыши, аборты, перинатальные потери, преждевременные роды)

- ВПР и хромосомные нарушения плода

- Женщина, столкнувшаяся с гибелью или смертельной болезнью или инвалидизацией близкого родственника во время беременности

- Психо-эмоциональное актуальное состояние женщины: (слезы, страхи, вспышки агрессии, подавленное состояние на приеме, постоянное беспокойство, тревожность о собственном состоянии или состоянии плода, женщина равнодушна и не заинтересована беременностью, будущим ребенком)

- Намерение или заявленный отказ женщины от ребенка

- Подозрение или наличие психического нарушения у беременной

- Отсутствие жилья, средств для существования (бомжи, беженцы, мигранты и т.д.), алкоголизация, наркомания и т.д.

- Женщины – жертвы физического, психологического и др. насилия, семейные конфликты, предразводное или постразводное состояние

- Инвалидность и/или пороки у самой женщины

- Несовершеннолетие беременные

- Пациентка не готова к сроку и способу родоразрешения (конфликтность, страхи)

- Пациентка, столкнувшаяся с антенатальной гибелью плода, в том числе ожидающая родоразрешения

- Угроза преждевременных родов (пролабирование плодного пузыря, подтекание вод и др.)

- Женщина с репродуктивным выбором на позднем сроке беременности

- Пациентки, столкнувшиеся с родовым травматизмом (повреждения наружных половых органов, разрывы промежности, разрывы стенок влагалища, удаление матки, вывороты матки, разрывы сочленений таза, кишечно-половые и мочеполовые свищи)

- Женщины с впервые выявленными социальными заболеваниями (ВИЧ, гепатит В, С)

***Действия специалиста на данном этапе:***

Если на приеме врачу (в учреждениях любого уровня) становится известно о том, что пациентка находится в кризисной и/или трудной жизненной ситуации, а также с наличием у нее высоких социально-

психологических рисков, то рекомендуется направить женщину к психологу своего учреждения (см. прил. 3). Если специалиста нет, то женщина направляется на дальнейшее психологическое сопровождение, в *центр кризисной беременности* или психологу по месту жительства на другие уровни (см. прил.1).

Информация по состоянию женщины может быть передана по телефону, либо описан случай и выслан на электронную почту специалисту в территорию, либо информация передана устно при встрече (см. прил. 3).

## **II этап: «Работа со случаем»**

***После передачи случая работа психолога включает следующую последовательность:***

1. Непосредственный контакт с пациенткой на приеме или в условиях стационара. Первичный контакт нацелен на то, чтобы снять психологическое напряжение женщины, которое было поводом для проведения консультации психологом. Основной задачей на данном этапе является выслушать пациентку, понять, в чем ее проблема и определиться с видом необходимой помощи.

2. Психолог оказывает психологическую помощь самостоятельно, основываясь на проблеме пациентки, либо передает все данные и контактную информацию специалисту для оказания необходимой помощи в решении социальных, юридических или других проблем.

***Можно выделить следующие виды консультативной помощи:***

- психологическая (работа с эмоциональным состоянием, установками и др.)
- психотерапевтическая (немедикаментозная форма помощи в случае депрессии, страхов, возбуждения, повышенной тревожности);
- юридическая (консультация по текущему законодательству в области прав и гарантий женщинам и детям, в том числе по вопросам брака, развода, получения алиментов, пособий, льгот);
- социальная (жилищные аспекты, проблемы жилищной обеспеченности, обостряющиеся при разводе, вещевая и продуктовая помощь, а также помощь в оформлении документов, субсидий, поиске работы либо устройстве детей в образовательные учреждения).

3. В случае если ситуация пациентки разрешилась, то случай закрывается.

- Если же женщина продолжает нуждаться в помощи после выписки из роддома или перинатального центра, то она направляется к

психологу по месту жительства либо в межведомственные организации, благотворительные фонды, а также некоммерческие организации для оказания дальнейшего сопровождения и решения вопросов.

### **III этап: «Маршрутизация»**

- Если женщина направлена к психологу, работающему в женской консультации, к которой она прикреплена, то направляющим и принимающим специалистом заполняется «Сигнальный лист» (см. прил. 4). И уже психолог на месте оказывает посильную помощь в решении сложившейся ситуации, или передает всю имеющуюся информацию по нуждающейся и договаривается о дальнейшем курировании женщины с межведомственными органами, благотворительными фондами или некоммерческими организациями, которые находятся либо в районе проживания женщины, либо обладают ресурсами для оказания необходимой помощи.

- В случае отсутствия специалиста, сигнал передается напрямую в межведомственные органы, благотворительные фонды или некоммерческие организации. Адреса и телефоны некоторых служб Свердловской области указаны в приложениях (см. прил. 5).

### **Проблематика клиенток, алгоритм действий**

#### ***Деятельность психолога на месте направлена на:***

- Оценку тяжести состояния, способности адекватно оценивать и контролировать свои действия (клиническая оценка состояния человека, клиническое интервью)

- Применение техник психо-эмоциональной стабилизации, снижение остроты реакций за счет эмоционального отреагирования (техники релаксации, дыхательные техники, эмпатическое слушание)

- Совместная разработка плана действий по выходу женщины из кризисной ситуации

- Привлечение родственников к социальной реабилитации женщины (при ее согласии и согласии родственников)

- Выявление запроса пациентки и организацию медико-психологического сопровождения (своевременная маршрутизация в другие учреждения разных ведомств: Министерство социальной защиты населения, Министерство образования, учреждения им подчиняющиеся, а также к узким специалистам системы Здравоохранения, НКО, религиозные организации и др.).



## **Основные действия психолога при следующих ситуациях:**

### ***Домашнее насилие.***

- Если на консультации психолога выясняется о наличии жестокого обращения в отношении женщины, а стало быть, существует угроза для ребенка, который еще не родился, необходимы следующие действия:

- Обращение в правоохранительные органы, с целью защиты женщины и остановки насильственных действий (юридический аспект работы), но необходимо учитывать состояние женщины (суженное сознание), в таком случае необходимо сопровождение женщины в данные структуры;

- НКО и религиозные организации, имеющие в своей структуре Кризисные центры временного проживания для женщин с детьми;

- Государственные Центры социального обслуживания населения, при которых существует профильные отделения.

### ***Материальные и вещевые трудности:***

- Благотворительные фонды и НКО, в структуре которых созданы социальные склады или налажена помощь спонсоров;

- Государственные Центры при Управлении социальной политики Свердловской области;

- Консультативная помощь в сфере профессиональной ориентации женщины или ее трудоустройстве;

- Направление в Центр занятости;

- Отделы образования для устройства детей, в образовательное учреждение, в соответствии с возрастом.

### ***Развод/разрыв отношений, конфликты с ближайшим окружением:***

- Психологическая помощь по месту выявления кризисной ситуации и определение дальнейшего психологического сопровождения, в случае если женщина из отдаленной территории, то информация передается психологу по месту жительства;

- Юридическая помощь (составление исковых заявлений, оформление необходимых документов, информирование женщины о ее правах и правах ее ребенка, алименты, оформление субсидий и др.);

- НКО и религиозные организации, имеющие в своей структуре Кризисные центры временного проживания для женщин с детьми;

- Государственные Центры при Управлении социальной политики Свердловской области;

- Отделы образования для устройства детей, в образовательное учреждение, в соответствии с возрастом.

***Выявленные ВПР плода или ребенка /Инвалидность ребенка:***

- Государственные Центры при Управлении социальной политики Свердловской области, имеющие в структуре отделение, сопровождающее семьи с детьми с ОВЗ, для психолого-педагогического, юридического и социального сопровождения;

- НКО, специализирующиеся на работе с семьями, воспитывающими детей с особенностями в развитии («Солнечные дети», «Я особенный и пр.).

***Женщины имеющие проблемы с соматическим здоровьем (во время беременности выявлен ВИЧ или другие неизлечимые заболевания):***

- Направление в специализированные НКО («Новое время»);
- Учреждения здравоохранения («СПИД-центр»);
- В поликлинические отделения по месту жительства, в которых организована «Школа пациента» по определенному заболеванию.

***Женщины имеющие проблемы с психическим здоровьем или с ментальными нарушениями:***

- Учреждения здравоохранения, психиатрические больницы;
- Организация консультации врача-психиатра в учреждение, где находится женщина;
- Привлечение родственников, близкого окружения женщины, обучение по уходу за младенцем в помощь маме с особенностями.

***Женщина, столкнувшаяся с перинатальной потерей (во время беременности, либо после рождения ребенка):***

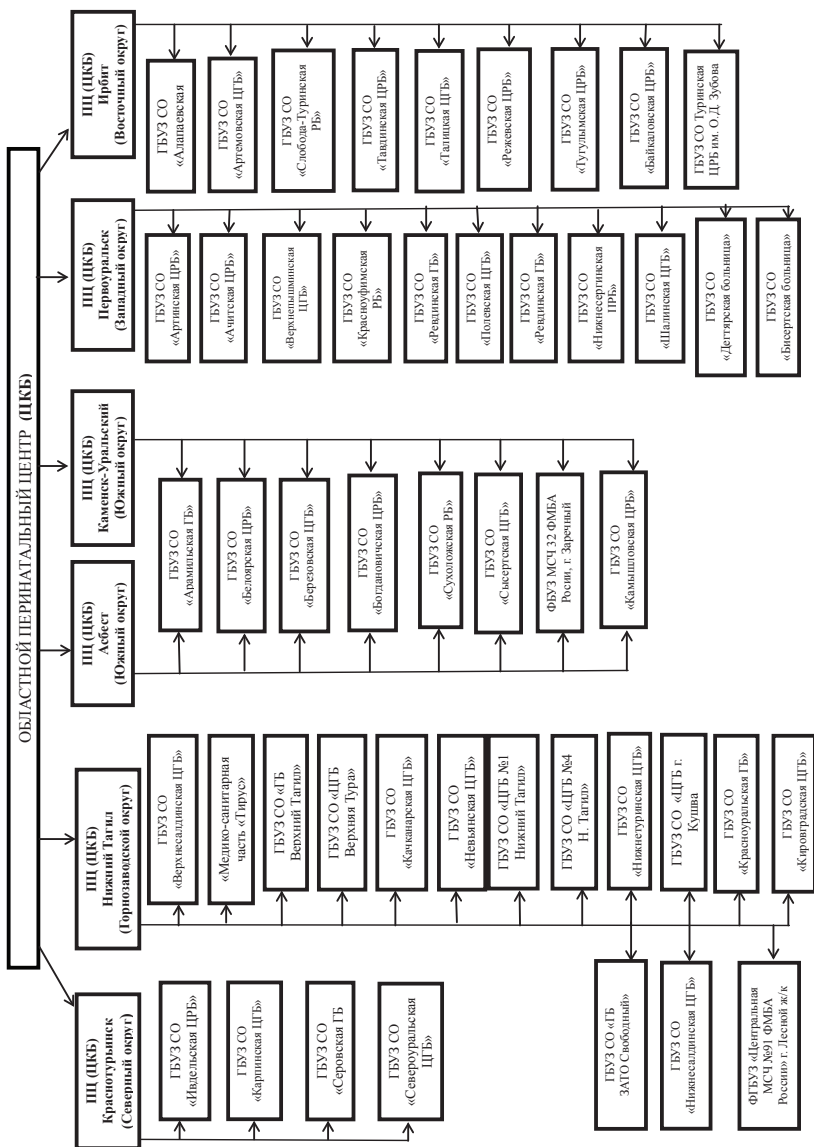
- Снятие острого стрессового состояния, работа психолога с семьей на ранних стадиях произошедшего;
- Маршрутизация на дальнейшее психологическое сопровождение, в случае выписки женщины из стационара;
- Юридическая консультация (звонок на горячую линию).

В результате работы психологов были выделены основные проблемы, которые входят в понимание кризисной или трудной жизненной ситуации. На этапе консультирования психолог определяет, какая именно проблема есть у данной пациентки, и начинает работать по вышеприведённому алгоритму. Но, не смотря на помощь специалиста, женщина сама может получить необходимую консультативную

помощь, обратившись к специалистам кризисной линии. Существует Всероссийская кризисная линия, а также, в рамках реализации социально-значимого проекта «Медико-социальная помощь беременным в трудной жизненной ситуации» реализуемого с использованием субсидий Министерства здравоохранения Свердловской области. В 2018 году был создан кризисный телефон для работы в Свердловской области (см. прил.6).

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, слаженная командная работа специалистов разных ведомств позволяет достичь своевременного и качественного оказания помощи беременным и родильницам, оказавшимся в кризисной или трудной жизненной ситуации.



## ЛИСТ МАРШРУТИЗАЦИИ

Дата \_\_\_\_\_ Медицинская Организация \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Откуда направлена женщина (отделение, больница) \_\_\_\_\_

Медико-социальные риски: медико-биологические; социальные; социально-психологические; психологические (нужное подчеркнуть)

Оказанная Медико-психологическая помощь: диагностика, коррекция, консультация, сопровождение (нужное подчеркнуть)  
иное \_\_\_\_\_

Рекомендовано \_\_\_\_\_

I. Медико-психологическая помощь: индивидуальная, семейная (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

II. Специализированная медицинская помощь: консультация психиатра/психотерапевта, невролога, нарколога (нужное подчеркнуть) иное \_\_\_\_\_

III. Социальная помощь: маршрутизация в ЦСПСиД, кризисный центр для женщин с детьми, реабилитационный центр, Органы Социальной защиты населения, религиозные организации, НКО, образовательные центры и организации (нужное подчеркнуть) иное \_\_\_\_\_

Примечания:

Медицинский психолог:

Направление на психологическое сопровождение
Ф.И.О.
Возраст
Диагноз
Направляющий врач
Дата направления
Примечание

## Сигнальный лист

### «Исходящий»

№	Дата передачи сигнала	Ф.И.О. пациентки	Куда направляется	Краткое описание ситуации	Ф.И.О. специалиста направляющего сигнал	Ф.И.О. специалиста принявшего сигнал

### «Поступивший»

№	Дата поступления сигнала	Ф.И.О. пациентки	Откуда направляется	Краткое описание ситуации	Ф.И.О. специалиста направляющего сигнал	Ф.И.О. специалиста принявшего сигнал

**Справочник психологической службы системы родовспоможения и межведомственных организаций**

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
<b>Восточный округ</b>			
ГБУЗ СО «Ирбит- ская ЦГБ» ЖК	Бородина Татьяна Николаевна (Женская консультация Пн – Пт с 8.00-12.00 Родильный дом Пн-Пт с 12.00-16.00)	8(902)257-89-54	Управления социальной политикой по городу Ирбиту и Ирбитскому району (623850, Свердловская область. г. Ирбит, ул. Красноармейская, д.15 8 (34355) 6-58-27 (Конашева Елена Витальевна) Usr09@egov66.ru)
ГБУЗ СО «Байкалов- ская ЦРБ»	Владислав Алексеевич Решетников (Пн-Сб с 8.00- 15.00)		Управления социальной политикой по Байкаловскому району (623870, с. Байкалово, ул. Революции, 25 8 (34362) 2-02-81(Решетникова Светлана Геннадьевна Usr43@egov66.ru)
			ГАУСО СО «Социально-реабилитацион- ный центр для несовершеннолетних Байкаловского района (623870, Свердловская область, с.Байкалово, ул. Октябрьская, 40 8 (34362)21639 bay-sd@gov66.ru)

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Гавдинская ЦРБ»	Колясникова Валентина Константиновна (Пн-Пт с 8.00-16.00)	8(902)871-34-51	<p>Управления социальной политикой по Тавдинскому и Таборинскому районам 623950 Свердловская обл. г.Тавда, ул. Ленинская 78а 8 (34360) 5-28-29 (Тимофеева Н.А) usp27@egov66.ru</p> <p>Адрес филиала в с. Таборы 623990, Свердловская обл., с. Таборы, ул. Октябрьская, 22б) 8 (34347) 2-13-92 (Малевич Н.А.) 8 (34347) 2-15-08 (Федорович В.А) uszn27@gov66.ru)</p> <p>ГАУ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Золушка» Тавдинского района 623950, Свердловская область, г. Тавда, ул. Рабочая, д. №3 8 (34360) 5-23-45 (отделение срочной социальной помощи) soc083@egov66.ru , zol-sd@gov66.ru )</p>



Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Талицкая ЦРБ»	Никиulina Екатерина Геннадьевна (Пн-Пт с 8.00-15.30)	Нет телефона Через регистрацию	ГАО «Социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних Талицкого района» 623640, Свердловская область г. Талица, ул.Луначарского, 72 8 (343) 71 2-86-70, 8(343) 71 2-22-05 talstcn@mail.ru); Управления социальной политикой Талицкого района 623640, Свердловская область, город Талица, ул. Ленина 71 (1-й и 3-й этаж) 8 (34371)2-19-78 8 (34371) 2-56-28 (Сизикова Светлана Анатольевна) usp59@egov66.ru) Есть бланк передачи пациентки в межведомственные органы.
ГБУЗ СО «Слободино-Турунская РБ»	Холкина Елена Андреевна (Пн-Пт с 8.00-15.30)	+7(902)4454388 - социальный работник	Управления социальной политикой в Слободино-Турунском районе 623930 Свердловская область, Слободино-Турунский район, с. Турунская Слобода, ул. Октябрьская, 15 8(34361) 2-25-54 Usp55@egov66.ru)

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Артемовская ЦРБ»	Абрахманова Алена Радиковна (Вт. с 8.00-12.00 прием в Артемовской женской консультации; Пт. с 8.00-12.00 в п. Бу- ланаш)		Управления социальной политикой по Ар- темовскому району (623785, Свердловская обл., г. Артемовский, ул. Энергетиков, д. 15 8(34363)2-52-66 uspr02@egov66.ru)  ГАУ «Комплексный центр социального об- служивания населения Артемовского райо- на» (623785, Россия, Свердловская область, город Артемовский, улица Чайкиной, 24 8 (34363) 5-71-75 mspr-so-atm@egov66.ru)
ГБУЗ СО «Алапаев- ская ЦРБ»	Реутова Алефтина Михайловна (Пн-Пт с 10.00-12.00)		Управление социальной политики по городу Алапаевску и Алапаевскому району (624600, Свердловская область, г. Алапаевск, ул. Береговая, д.44 (34346)2-64-21 (Бровина Светлана Виссари- оновна) uspr01@egov66.ru)  ГАУ «Социально-реабилитационный для несовершеннолетних города Алапаевска» 624602 Свердловская область, г.Алапаевск, ул.Клубная, д. 22 8(34346) 2-75-95, 2-78-30, 2-79-49 soc149@egov66.ru)

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Тугулым- ская ЦРБ»	Лукоянова Мария Андреевна (Пн., Вт, Пт. с 10-12.00)		Управление социальной политики по Тугулымскому району (623650, Свердловская область, р.п. Тугулым, пл. 50 лет Октября, д.1 8(34367)2-26-64 (Давыдова Ирина Николаевна) usr61@egov66.ru)
ГБУЗ СО «Режев- ская ЦРБ»	(Нет психолога)		Управление социальной политикой по Режевскому району (623750, Свердловская область, город Реж, ул. Бажова 15 (2-й этаж, правое крыло) 8(34364)3-52-41 usr23@egov66.ru)
ГБУЗ СО «Турин- ская центральная районная больница им. О.Д. Зубова»	(Нет психолога)		Управление социальной политики по Туринскому району 623900, Свердловская область, Туринский район, г.Туринск, ул. Советская, дом 12 8(34349) 2-25-82 usr60@egov66.ru)
<b>Горнозаводской округ</b>			
ГБУЗ СО «Демидов- ская ГБ»	Наумова Светлана Владимировна (Пн-Пт. с 8.00 до 16.30 руководитель центра);		Управление социальной политики по городу Нижний Тагил и Пригородному району Свердловская область, ул Карла Маркса, 43 8(3435) 41-20-55 (Ершова Евгения Михайловна) usr37@egov66.ru);

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
	Козина Наталья Алексеевна (Пн-Пт. с 8.00 – 16.12); Попова Людмила Ивановна (Пн-Пт. с 8.00-16.12)		АНО «Центр защиты материнства и детства «Дар жизни» при Скорбящем женском монастыре» 622013 Россия, Свердловская область, город Нижний Тагил, ул. Красногвардейская, д. 55, корп. 4. 8 (3435) 25-55-83; +7(912)239-41-38 stashevskaya@yandex.ru
ГБУЗ СО «Верхнесадинская ЦГБ»	Казанина Юлия Константиновна (Пн-Пт. с 8.00 -16.00)		Управление социальной политики по Верхнесадинскому району 624760, Свердловская область, г.Верхняя Салда, ул.Воронова, д.6, корп.1 8(34345)5-37-21 usp07@egov66.ru).
			ГАУ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних верхнесадинского района» 624763 г. Верхняя Салда Свердловской области, ул. Строителей, д. 21 8 (34345) 4-16-59 soc112@egov66.ru).

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Городская больница №4 город Нижний Тагил»	Нет психолога		<p>Управление социальной политики по городу Нижний Тагил и Пригородному району Свердловская область, ул. Карла Маркса, 43 8(3435) 41-20-55 (Ершова Евгения Михайловна)  <a href="mailto:usr37@egov66.ru">usr37@egov66.ru</a>;</p> <p>Благотворительный фонд «Ковчег».          По благословению Преосвященного Евгения, епископа Нижнетагильского и Невьянского.          622000, Российская Федерация, Свердловская область, г. Нижний Тагил, ул. Металлургов, 32 (территория Прихода во имя св. прп. Сергия Радонежского, г. Нижний Тагил, Т/С)          8(3435) 32-40-85, 46-81-07  <a href="mailto:Kovheg-bf@ya.ru">Kovheg-bf@ya.ru</a>;  <a href="mailto:admin@ossne.ru">admin@ossne.ru</a> (общий)</p> <p>Время работы кабинета БФ «Ковчег»:          среда—суббота с 10:00 до 18:00,          воскресенье с 10:00 до 16:00,          понедельник, вторник – выходные).</p>

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Городская больница №1 город Нижний Тагил»	Веретенникова Елена Анатольевна (Пн, Чт. с 10.00-12.00; Ср. с 14.00-17.00)		<p>Управление социальной политики по городу Нижний Тагил и Пригородному району Свердловская область, ул. Карла Маркса, 43 8(3435) 41-20-55 (Ершова Евгения Михайловна) usp37@egov66.ru);</p> <p>АНО «Центр защиты материнства и детства "Дар жизни" при Скорбящем женском монастыре»</p> <p>622013 Россия, Свердловская область, город Нижний Тагил, ул. Красногвардейская, д. 55, корп. 4. 8 (3435) 25-55-83; 8 (922)183-22-24; 8(912)239-41-38 stashevskaya@yandex.ru)</p> <p>ГАУ «Центр социальной помощи семье и детям «Рябинушка» город Нижний Тагил» 622048, РФ, Свердловская область, г. Нижний Тагил, ул. Максарева, д. 11 8(3435) 31-96-64 Заместитель директора 8(3435) 31-95-12 Секретарь dzl-sd@egov66.ru, soc085@egov66.ru)</p>

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
			<p>Благотворительный фонд «Ковчег».</p> <p>По благословению Преосвященнейшего Евгения, епископа Нижнетагильского и Невьянского.</p> <p>622000, Российская Федерация, Свердловская область, г. Нижний Тагил, ул. Металлургов, 32 (территория Прихода во имя св. прп. Сергия Радонежского, г. Нижний Тагил, Т/С)</p> <p>8(3435) 32-40-85, 46-81-07</p> <p>Kovheg-bf@ya.ru;</p> <p>admin@ossne.ru (общий)</p> <p>Время работы кабинета БФ «Ковчег»:</p> <p>среда—суббота с 10:00 до 18:00,</p> <p>воскресенье с 10:00 до 16:00,</p> <p>понедельник, вторник – выходные).</p>
ГБУЗ СО «Центральная районная больница город Верхняя Тура»	Канюкова Ксения Гадильевна (Пн-Пт. с 14.00-16.00)		<p>Управление социальной политики по Верхнетурунскому району (624380, г. Верхотурье, ул. Свободы, 9)</p> <p>8 (34389) 2-26-92,</p> <p>uszn45@gov66.ru);</p> <p>Приход храма во имя святого Благоверного князя Александра Невского</p> <p>Свердловская обл., город Верхняя Тура, улица Карла Маркса, 120 8 (34344) 4-73-75).</p>

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Красноуральская ГБ»	Канюкова Ксения Гадильевна (Вт, Чт. с 16.00 -18.00)		Управление социальной политики по городу Красноуральску 624330, Свердловская область, город Красноуральск, площадь Победы, д.1 8(34343)2-67-43, 8(34343)2-16-81, 8(34343)2-57-80 uszn14@gov66.ru); ГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Свердловской области «Надежда» 624330, Россия, Красноуральск, улица Горняков дом 34 8 (34343) 2-27-24).
ГБУЗ СО «Качканарская ЦГБ»	Баглаева Елена Анатольевна (Пн-Пт. с 9.00 – 13.00)	8(953)604-87-58	Социальный отдел Качканарского православного прихода во имя иконы Божией Матери «Взысание погибших» 624350 Свердловская область, г.Качканар, пер.Строителей, 6 8(34341) 2-56-53) Координатор движения "За жизнь" в г.Качканаре при храме иконы Б.М. "Взысание погибших" при Нижнетагильской Епархии (Веретнова Анна Валерьевна 8(982)751-46-59)



Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Киров-градская центральная городская больница»	Бажитова Наталья Владимировна (Пн-Пт. с 8.00-16.30		Управление социальной политикой по городу Кировграду 624140 Свердловская область, г. Кировград, ул. Лермонтова 10 8(34357) 6-01-13 доб. 204 (главный специалист — Комарова Юлия Владимировна) (прием понедельник, четверг: с 8-00 до 17-15, перерыв: с 12-00 до 13-00) usp16@egov66.ru);
			ГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения «Изумруд» города Кировграда (624140, Свердловская обл., г. Кировград, ул. Дзержинского, 18 8(34357) 3-27-06 msp-izumrud@egov66.ru, izumrud@gov66.ru)
ГБУЗ СО «Городская больница Верхнего Тагила»	Яскин Александр Владимирович (Пн-Пт. с 8.00-15.00)		Управление социальной политикой по городу Кировграду 624140 Свердловская область, г. Кировград, ул. Лермонтова 10 8(34357) 6-01-13 доб. 204 (главный специалист - Комарова Юлия Владимировна) (прием <b>среда с 9-00 до 12-00</b> ) usp16@egov66.ru)

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Нижнетурунская центральная городская больница»	Медведева Олеся Александровна (Пн-СР.Пт. с 8.00-16.12; Вт, Чт. с 8.30 - 16.15)	8(34342)2-71-43	Управление социальной политикой по городу Нижняя Тура 624221 Свердловская область, г. Нижняя Тура, ул. 40 лет Октября, 2а 8(34342)2-79-67, 2-79-89, 2-79-16 usp19@egov66.ru);
			ГАУ «Центр социальной помощи семьи и детям» 624222, Свердловская область, г. Нижняя Тура, улица 40 лет Октября, 9 Телефон/факс (34342) 2-70-35 msp-ntr-sd@egov66.ru).
ГБУЗ СО «Центральная городская больница город Кушва»	Психолог приходящий		Управление социальной политикой по городу Кушва 624300, г.Кушва, ул.Красноармейская, 16 8(34344) 2-74-18 (Сахаутдинова Анна Анатольевна) usp17@egov66.ru);
ГБУЗ СО «Невьянская центральная районная больница»	Войтехова Надежда Валерьевна (Пн-Пт. С 8.00-11.30)	8(908)637-12-04	Управление социальной политики по Невьянскому району 624192 Свердловская область, г. Невьянск, ул. Ленина, 20 8(34356) 4-07-42 (Ермачкова Ольга Васильевна) usp18@egov66.ru;

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
			ГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Невьянского района» (624192, г. Невьянск, ул. Крылова, 1) 8-343-56-2-37-82 (телефон приемной) soc059@egov66.ru.
МСЧ «Тирус» г. Верхняя Салда	Порфирьева Ольга Викторовна (Пн-Пт. с 13.00-16.00)		Управление социальной политики по Верхнему Салдинскому району 624760, Свердловская область, г.Верхняя Салда, ул.Воронова, д.6, кор.1 8(34345)5-37-21 uspr07@egov66.ru).
ГБУЗ СО «Городская больница ЗАТО Свободный»	Нет психолога		
ГБУЗ СО «Нижнесалдинская центральная городская больница»	Нет психолога		
ФГБУЗ «Центральная МСЧ №91 ФМБА России», г. Лесной ж/к	Нет психолога		
<b>Северный округ</b>			
ГБУЗ СО «Красногугрынская Гб»	Алексеева Анна Юрьевна (Пн-Пт. с 8.00-16.00)	8(952)739-39-03	Управление социальной политики по городу Красногугрынску 624460, Свердловская область, город Красногугрынск, улица Карла Маркса, дом 24.

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
			8(34384)-6-24-28 (Гаева Ольга Владимировна — заместитель начальника отдела семейной политики, опеки и попечительства) uspr13@egov66.ru); ГОО «Центр социальной помощи семье и детям город Красногута» (624449 г. Красногута, ул. Карпинского 19/А) 8 (34384) 312-21; 8 (34384) 415-91; 8 (34384) 348-31); Красногута городская общественная благотворительная организация «ДОМ» 624440, Свердловская область, г. Красногута, ул. Парковая, д.11 8(34384)3-99-59; 8-952-725-22-55; olgato1708@gmail.com)
ГБУЗ СО «Карпинская ЦРБ»	Савчук Ольга Николаевна (Пн-Пт. с 8.00-16.00)		Управление социальной политики по городу Карпинску (624936, Свердловская область, г.Карпинск, ул.8 Марта, 66) 8(34383)3-43-23\$ 8(34383) 839-06-50 uspr10@egov66.ru)
ГБУЗ СО «Серовская ГБ»	Корсукова Екатерина Владимировна (Вт., Чт. с 13.00-15.00)		Управление социальной политики по городу Серову и Серовскому району (624992, Свердловская область, г. Серов, ул. Победы, д.32) 8(34385) 7-22-16 (Шамгунова Надежда Анатольевна – заместитель начальника) Uspr24@egov66.ru);

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Североуральская ЦГБ»	Быкова Надежда Александровна (Пн.-Чт. с 8.00-14.00)	+7 (900)210-77-15	Управление социальной политики по городу Североуральску 624480, г. Североуральск, ул. Молодёжная, 15 8(34380)26885 (общий) 8(34380)27480 (начальник отдела) Usp25@egov66.ru;  Центр защиты материнства и детства "Дар жизни" в г. Североуральск Руководитель – Анна Печенева +7 (900)210-77-15 darzhizni66@mail.ru
ГБУЗ СО «Ивдельская ЦРБ»	Степанова Татьяна Николаевна Ср.,Сб. с 9.00-12.00		Управление социальной политики по городу Ивделю 24590, г.Ивдель, ул.Ворошилова д.4 8(34386)2-25-47 (Отт Наталья Владимировна - начальник отдела) usp08@egov66.ru);  ГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения города Ивдель» 624590, Свердловская область, город Ивдель, переулок Школьный, Д. 1В 8(34386)2-33-07, 8(952) 141-93-93.

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Волчанская ЦБ»	Маргольф Наталья Владимировна (2 раза в неделю, по 2 часа – по предварительной записи)		
<b>Западный округ</b>			
ГБУЗ СО «Городская больница города Первоуральск»	Токарева Елена Александровна (Пн.-Пт. с 8.00-16.00 в Ж/К; Вт., Ср., Чт., с 14.00-16.00 патронаж); Заева Екатерина Васильевна (Пн.-Пт. с 8.00-10.00 в Ж/К; Пн.-Пт. с 11.00-16.00 в Клинико-диагностическом отделении Перинатального центра ГБУЗ СО «ГБ г. Первоуральск»; Таранжина Александра Михайловна Пн.-Пт. с 8.00-16.00 в акушерском стационаре	8(3439)29-11-28 8(902)509-11-28	Управление социальной политики по городу Первоуральску 623100, Свердловская область, г. Первоуральск, ул. 1 Мая, 8/А 8(3439) 24-95-72, 893439)66-35-37 usp20@egov66.ru;  Первоуральское благочиние. Храм во имя святых первоверховных апостолов Петра и Павла города Первоуральска. (На территории храма открыт гуманитарный вещевой склад) ул. Орджоникидзе, 1. 8 (904) 545 68 23 (вторник и четверг с 15:00 до 18:00, воскресенье с 12:00 до 15:00);  Православного просветительского центра «Семья» при храме святой великомученицы Екатерины,

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
	, послеродовом отделении Перинатального центра ГБУЗ СО «ГБ г. Первоуральск»		623100, Свердловская область, г. Первоуральск, пр. Космонавтов, 5 8(3439)29-11-28, 8 (902) 509-11-28 –круглосуточные телефоны доверия regv-setuya@mail.ru).
ГБУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ имени П.Д. Бородин»	Артюх Антон Александрович Вт., Чт с 9.00-11.00; Пт. с 15.00-17.00		Управление социальной политики по Пышминскому району 623550, г. Пышма, ул. Кирова 36 8 (34372) 2-11-90; usp54@egov66.ru);
			ГАУ «Центр социальной помощи семье и детям города Верхняя Пышма» 624090 Свердловская область, г.Верхняя Пышма, пр-т Успенский, 42а 8(34368) 5-11-64 (Басырова Татьяна Васильевна – директор центра) msp-sd-sln@egov66.ru);
ГБУЗ СО «Красноуфимская РБ»	Полонина Светлана Халматовна (Пн., Ср.,Пт. с 8.00-15.00)		Управление социальной политики по городу Красноуфимску и Красноуфимскому району 623300, Свердловская область, город Красноуфимск, ул. Березовая, 12 8(34394) 5-21-95, 8(34394) 5-21-83, 8(34394) 5-21-89 usp15@egov66.ru);

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
			ГАУ «Центр социальной помощи семье и детям города Красноуфимска и Красноуфимского района» Красноуфимский район, г. Красноуфимск, ул. Отдыха, д.4 8(34394) 6-00-96 (Сабинова Гульсина Зинфировна) msp-sd-krf@egov66.ru).
ГБУЗ СО «Нижнесергинская ЦРБ»	Губайдубарова Ольга Алексеевна (Пн.-Пт. с 09.00-13.00)	+7(982)604-48-36	Управление социальной политики по Нижнесергинскому району 623090, Свердловская область, г. Нижние Серги, ул. Федотова, д. 17 8(34398) 27-2-06 usr52@egov66.ru;
			ГАУ «Центр социальной помощи семье и детям Нижнесергинского района» 623050, Свердловская обл., Нижнесергинский район, р. п. Бисерть, ул. Революции д.209 В 8 (34398) 6-41-71 soc130@egov66.ru).



Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Ревдинская ГБ»	Филькова Татьяна Владимировна (Пн., Чт. с 14.00 -17.00; Пт. с 9.00-12.00)		Управление социальной политики по городу Ревде 623286, Свердловская область, г. Ревда, ул. Чехова, 23 8(34397) 3-01-86 (Петросян Марина Сергеевна) usp22@egov66.ru);
			ГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения города Ревды» 623281, Свердловская область, г. Ревда, ул. Комсомольская, д.55 8(34397) 3-54-04, soc046@egov66.ru);
			Благотворительный фонд «Остров доброй надежды» (г Ревда, Максима Горького 40 8 (34397) 5-47-44);
			Благотворительный фонд «Ника» (осуществляется помощь мамам с зависимостью) г.Ревда, ул. Мамина-Сибиряка,35) 8(922) 601-88-88);
			Приход Церкви во имя Архангела Михаила г. Ревда, Клубный переулок, 2А 8 (912) 291-99-48);

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Полевская ЦГБ»	Ощепкова Марина Сергеевна (Пн.-Пт. с 8.00-16.00)	8(34350)3-51-47	Управление социальной политики по городу Полевскому 623389, Свердловская область, г. Полевской, ул. Победы, д. 2 8 (34350) 2-07-14 (Салюткина Ольга Васильевна – главный специалист) uspr21@egov66.ru);  ГАУ «Цент социальной помощи семье и детям города Полевского» 623385, Свердловская обл., г. Полевской, ул. Решетникова, д.25 8 (34350) 5-89-25, 8 (34350) 5-89-24 plv-sd@gov66.ru, centr-polevskoy@mail.ru).
ГБУЗ СО «Артинская ЦРБ»	Вершинина Оксана Александровна (Пн.-Пт. с 11.30-13.30)		Управление социальной политики по Артинскому району 623340, Свердловская область, р.п. Арти, ул. Ленина, 100 8(34391) 2-17-38, 8(34391) 2-25-29 uspr41@egov66.ru);  Центр социальной помощи семье и детям «Полянка» (623340, Свердловская область, р.п. Арти, ул. Бажова, 89) 8(34391) 2-23-31

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ»	Цепилова Любовь Брониславовна (Пн.-Пт. с 8.00-16.00)		Управление социальной политики по Ачитскому району 623230, Свердловская область, пгт. Ачит, улица Кривокубова, дом 133 8(34391) 7-14-75 uspr42@egov66.ru);  Центр социальной помощи семье и детям «Родниче» 623230, Свердловская обл., Ачитский р-н, пгт Ачит, ул. Строителей, 5 8 (34391) 2-00-24).
ГБУЗ СО «Шалинская ЦГБ»	Сычев Сергей Сергеевич (Пн.Пт. с 14.00-17.00)		Управление социальной политики по Шалинскому району 623030, Свердловская область, Шалинский район, п.г.т. Шаля, ул. Кирова, д.35 8(34358) 2-18-34 (Психиатр Лариса Михайловна – ведущий специалист) uspr62@egov66.ru).
ГБУЗ СО «Бисертская городская больница»	Нет психолога		

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Детская городская больница»	Нет психолога		ГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения города Ревды» 623271, Свердловская область, г. Дегтярск, ул. Калинина, 7 8(34397) 6-11-96, degt-so@mail.ru).
<b>Южный округ</b>			
ГБУЗ СО «ДГБ город Каменск-Уральский»	Лушников Анна Сергеевна (Пн.-Пт. с 9.00-14.00)  Полянская Наталья Александровна (Вт., Ср., Чт. по записи)	8 (3439) 378608, 8-982-7071932	Управление социальной политики по Каменск-Уральскому и Каменскому району 623406, Свердловская область, город Каменск-Уральский, улица Строителей, дом 27 8(3439) 35-33-31 Uspr35@egov66.ru);  ГБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Каменск-Уральского» (623400, Свердловская область, г. Каменск-Уральский, ул. Алюминиевая, 12) +7 (3439) 34-95-35 kpmu-so@gov66.ru);  Центр социальной помощи семье и детям «Росток» (623401, Свердловская область, г. Каменск-Уральский, ул. Попова, 21) +7 (3439) 39-91-28).

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Городская больница город Асбест»	Грачева Оксана Анатольевна (Пн.-Пт. с 8.00-16.00)	8(3436)59-92-03 + добавочный 520 психолог	Управление социальной политики по городу Асбесту 624272, Свердловская область, г. Асбест, ул. Московская, 30 (34365) 2-06-77 (Грибанова Зинаида Викторовна) uspr03@egov66.ru);
			ГОУ «Центр социальной помощи семье и детям «Возможность» город Асбест» 624260, Свердловская область, город Асбест, ул. Садовая, дом № 1Г 8(34365)7-54-09; 8-922-107-74-40 (для желающих пройти курс социальной помощи) possible05@mail.ru);
			ГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения города Асбеста» 624260 Свердловская область г. Асбест, ул. Победы д. 4. 8 (34365) 7-66-47 msp-so-asb@egov66.ru);
			Муниципальное бюджетное учреждение по работе с молодежью «Центр социально-психологической помощи» «Ковчег» Асбестовского городского округа

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
			624620, Свердловская область, город Асбест, улица 8 Марта, д.№16 8 (34365) 2-24-02 kovsheg.edusite.ru)
ГБУЗ СО «Березовская ЦГБ»	Нохрина Елена Александровна (по записи)		Управление социальной политики по городу Березовскому 623700, Свердловская область, г. Березовский, ул. Ленина, д.73 8 (34369) 4-93-84 uspr04@egov66.ru);  ГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения города Березовского» 623701, Свердловская область, г. Берёзовский, ул. Театральная, 34 8 (34369) 4-52-73 soc034(@egov66.ru).
ГБУЗ СО «Белоярская ЦРБ»	Голомолзина Людмила Владимировна (Пн.-Пт. с 8.00-15.30)		ГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения «Забота» Белоярского района 624250, Свердловская область, г. Заречный, ул. Комсомольская д. 3 8(34377) 7-29-83 soc050(@egov66.ru).

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Богдановичская ЦРБ»	Иванова Татьяна Александровна (Пн.-Пт. с 9.00-17.00)	8 (34376)5-00-95 социальный работник Шнырева Дильбар Шамиловна	Управление социальной политики по Богдановичскому району (623530, Свердловская область, г. Богданович, ул. Советская, 3) 8(34376) 5-68-08, 8(34376) 5-68-70, 8(34376) 5-08-78 usp05@egov66.ru);  ГАУ «Цент социальной помощи семье и детям города Богданович» (623530 Свердловская область, г. Богданович, ул. Новая 16 А) 8 (34376) 5-64-43 soc086@egov66.ru).
ГБУЗ СО «Камышловская ЦРБ»	Ваколюк Надежда Сергеевна (Пн.-Пт. с 8.00-14.00)		Управление социальной политики по городу Камышлову и Камышловскому району 624860, Свердловская обл., г.Камышлов, ул.Гагарина, д.1-а 8(34375) 2-01-61 usp11@egov66.ru);  ГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Камышловского района» (Свердловская область, г. Камышлов, ул. Свердлова, д. 71) 8 (343 75) 2-36-01, 8 (343 75) 2-01-72 (Мотыцкая Вера Борисовна – директор центра) soc054@egov66.ru).

Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГАУЗ СО «Сухожолжская РБ»	Новоселова Татьяна Геннадьевна (Пн., Ср с 8.00 до 10.00)		Управление социальной политики по Сухожолжскому району (624804, Свердловская область, г.Сухой Лог, ул.Юбилейная, 15) 8(34373) 4-55-81, 8 (34373) 4-24-53 uspr26@egov66.ru);
ГБУЗ СО «Сысертская ЦРБ»	Лазарева Ирина Георгиевна (Пн. с 8.00-16.00; Ср. с 11.00-19.00)	Через регистратуру	Управление социальной политики по Сысертскому району (624022, Свердловская область, г.Сысерть, ул, Ленина,35) 8 (34374) 6-06-36, 8 (34374) 7-99-87, 8 (34374) 7-09-31, uspr57@egov66.ru).
ФБУЗ «МСЧ №32 ФМБА России г. Заречный	Китаева Ирина Владимировна (Пн-Пт. с 8.00-13.00)	8(34377)-3-18-05	Управление социальной политики по городу Заречному 624251, Свердловская обл., г.Заречный, ул. Ленина, д.12 8(34377) 7-11-60 (Жирнова Елена Алексеевна) Uspr67@egov66.ru).
ГБУЗ СО «Арамильская городская больница»	Нет психолога		Управление социальной политики по Сысертскому району Адрес офиса в г.Арамиле: г.Арамиле ул.1 Мая, д.4 — каб.11 8 (34374) 6-06-36, 8 (34374) 7-99-87, 8 (34374) 7-09-31, uspr57@egov66.ru).



Название ЛПУ	Ф.И.О психолога	Телефоны	Межведомственные организации
ГБУЗ СО «Рефтинская городская больница»	Нет психолога		
ГБУЗ СО «Малышевская городская больница»	Нет психолога		

**Кризисная линия телефона доверия для женщин  
в трудной жизненной ситуации программы «Спаси жизнь»  
(проект ООД «За жизнь»)**

**+7 800 100 48 77**

**Кризисная линия по оказанию консультативной помощи юриста  
для женщин в трудной жизненной ситуации  
Министерства здравоохранения Свердловской области**

Реализованная в рамках социально-значимого проекта  
«Медико-социальная помощь беременным в трудной  
жизненной ситуации» с использованием субсидий  
Министерства здравоохранения Свердловской области в 2018 году

**+7 906 811 22 95**

**Телефон экстренной психологической помощи**

**+7 800 300 11 00**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
организации психологической работы  
в Перинатальных Центрах**

*Для руководителей и врачей, клинических психологов,  
психологов сферы родовспоможения, специалистов  
по социальной работе и юристов Перинатальных Центров*

### **Авторы-составители:**

**Ицкович М.М.** – канд.психол.наук., доцент кафедры общей и социальной психологии Уральского федерального университета; организатор медико-социальной службы по охране материнства и детства Министерства здравоохранения Свердловской области.

**Ярославцева Т.Г.** – врач-психотерапевт, действительный член ППЛ, руководитель Центра Кризисной беременности ЕКПЦ.

**Сафаргалина Л.С.** – клинический психолог Научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья матери и ребенка по Свердловской области.

**Попова А.А.** – клинический психолог Научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья матери и ребенка по Свердловской области.

### **Внешние рецензенты:**

**Зильбер Н.А.** – главный специалист отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области.

**Перцель М.Г.** – психотерапевт, главный врач Свердловской области клиники неврозов «Сосновый бор», главный внештатный психотерапевт Свердловской области.

### **Внутренние рецензенты:**

**Макарова А.Д.** – клинический психолог, руководитель Научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья матери и ребенка по Свердловской области,

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Поддержка материнства и детства, оказание качественной и доступной помощи в системе родовспоможения является одной из приоритетных задач российского здравоохранения. Создание во многих городах перинатальных центров стало важным шагом в вопросе организации комплексной, высокотехнологичной помощи беременным, родильницам и новорожденным.

Большинство нормативных актов, регламентирующих работу ПЦ, рекомендуют включение в штат специалистов перинатального центра психологов (клинических психологов), психотерапевтов. Действительно, одним из базовых современных подходов в медицине является биопсихосоциальный, учитывающий не только анатомо-физиологические особенности пациента, но и его психологию, и социальные факторы, влияющие на формирование и развитие болезненного состояния. Психология репродуктивной сферы, перинатальная психология — очень «молодые» направления клинической психологии, появившиеся только в конце прошлого века и находящиеся на стадии формирования. Недостаточное количество накопленного опыта, отсутствие единого четкого ответа на вопрос «Чем должен заниматься психолог в системе родовспоможения, в ПЦ?» нередко приводит к обоюдной растерянности как самих психологов, не знающих, как организовать свою работу, так и руководителей ЛПУ, не очень представляющих, для чего нужен психолог в ПЦ.

Нередко такая ситуация приводит к неэффективной деятельности, возможно, грамотного специалиста и взаимному разочарованию. Вместе с тем, уже накапливается опыт организации психологической работы в ПЦ, показывающей нужность и важность данной деятельности, как неотъемлемой части комплексной помощи беременным и родильницам, особенно групп повышенного риска. Данное методическое пособие разработано на основе опыта работы специалистов психологов, психотерапевтов в структуре ПЦ и предназначено для руководителей и специалистов, заинтересованных в организации эффективной психологической работы в различных подразделениях ПЦ.

## **2. Организационная структура деятельности Перинатального Центра**

### **2.1 Понятие «Перинатальный Центр»**

Перинатальный Центр — самостоятельная медицинская организация (или структурное подразделение в составе медицинской организации), оказывающая высокотехнологическую специализированную помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, новорожденным детям, а также гинекологическим больным по сохранению и восстановлению репродуктивной функции. Вопросы организации деятельности Перинатальных Центров регламентируется приказом МЗ РФ №572-н от 01.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

### **2.2 Задачи, которые решает ПЦ**

Согласно приказу №572-н Центр осуществляет следующие функции:

1. Оказывает консультативно-диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным и детям первых месяцев жизни с врожденной и перинатальной патологией, требующих осуществления медицинской помощи в стационарных условиях, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий;

2. Организует и проводит перинатальные консилиумы врачей для определения тактики ведения беременности и родов у женщин с осложненным течением беременности, в том числе при выявлении хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода;

3. Осуществляет взаимодействие между медицинскими организациями; проводит оперативное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечивает своевременное оказание им специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений;

4. Оказывает дистанционные виды консультативной помощи на основе использования современных информационных технологий при возникновении критических или других ситуаций, требующих разре-

шения в акушерстве, гинекологии, анестезиологии-реаниматологии, неонатологии, организует экстренную и неотложную медицинскую помощь женщинам и детям, в том числе вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию;

5. Проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией;

6. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, выдает листки нетрудоспособности;

7. Оказывает анестезиолого-реанимационную помощь;

8. Апробирует и внедряет в деятельность медицинских организаций современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;

9. Осуществляет профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича);

10. Обеспечивает систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологическую и социально-правовую помощь женщинам и детям раннего возраста;

11. Проводит организационно-методическую работу по повышению профессиональной подготовки врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием по вопросам перинатальной помощи, организует и проводит конференции, совещания по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка;

12. Осуществляет статистический мониторинг и анализ материнской, перинатальной, младенческой смертности, разрабатывает предложения по совершенствованию и развитию службы охраны материнства и детства;

13. Обеспечивает организацию проведения информационных мероприятий для населения и специалистов по вопросам перинатальной помощи, охраны и укрепления репродуктивного здоровья и позитивного отношения к материнству.

### **2.3 Рекомендуемая структура ПЦ**

В соответствии с приказом приказ №572-н от 01.11.2012 в структуру ПЦ могут входить следующие структурные подразделения:

## **1. Консультативно-диагностическое отделение (поликлиника):**

- Женская консультация:
  - консультативные кабинеты врачей-акушеров-гинекологов, в том числе кабинет невынашивания беременности и кабинеты для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции;
  - кабинет врача-гинеколога детского и подросткового возраста;
  - кабинеты врача-терапевта, врача-невролога, врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-офтальмолога, врача-уролога;
  - процедурный кабинет;
  - малая операционная;
- Отделение функциональной диагностики;
- Отделение вспомогательных репродуктивных технологий;
- Отделение охраны репродуктивного здоровья;
- Физиотерапевтическое отделение (кабинет);
- Кабинет катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией;
  - Амбулаторное отделение (кабинет) для детей раннего возраста, нуждающихся в динамическом наблюдении и реабилитации;
  - Кабинет (зал) физиопсихопрофилактической подготовки беременной женщины и ее семьи к родам, партнерским родам;
  - Кабинеты медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам;
  - Стоматологический кабинет;
  - Дневной стационар на 10 — 15 коек (для иногородних больных организуется пансионат);
  - медико-генетическая консультация.

## **2. Приемное отделение**

## **3. Акушерский стационар:**

- Отделение патологии беременности;
- Родовое отделение (индивидуальные родовые) с операционными;
- Отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения;
- Акушерское физиологическое отделение с совместным пребыванием матери и ребенка;



- Акушерское наблюдательное отделение;
- Отделение экстракорпоральных методов гемокоррекции;
- Акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

#### **4. Неонатологический стационар:**

- отделения новорожденных акушерского физиологического и акушерского наблюдательного отделений;
- отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;
- отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания);
- отделение хирургии новорожденных;
- дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами;

#### **5. Гинекологическое отделение с операционными;**

#### **6. Клинико-диагностическое отделение;**

#### **7. Отделение лучевой и магнитно-резонансной диагностики;**

#### **8. Организационно-методический отдел;**

#### **9. Административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами.**

### **2.4 Категории женщин-пациенток ПЦ**

Структурная организация и высокие технологии работы перинатального центра направлены на оказание специализированной помощи в первую очередь пациенткам групп повышенного риска.

Различают группы перинатального риска со стороны плода и группы беременных с акушерской и экстрагенитальной патологией. Принадлежность к группе риска и степень его определяется при взятии женщины на учет и уточняются в 28-30 и 36-38 недель беременности, когда дорабатывается план ведения беременности и родов. Каждый фактор риска оценивают в баллах, суммируя их, устанавливают степень риска. Различают высокую (10 баллов и выше), среднюю (5-9 баллов) и низкую (до 4 баллов) степени риска.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 09.10.2017 года № 1717-п «О совершенствовании маршру-

тизации беременных, рожениц, родильниц на территории Свердловской области» в перинатальные центры направляются беременные, роженицы и родильницы со средней и высокой степенью риска:

а) с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения;

б) с отягощенным акушерским анамнезом (несовершеннолетние, женщины, страдающие привычным невынашиванием, имеющими в прошлом случаи перинатальной смерти, рождение детей с низкой массой тела врожденными пороками развития и др.);

в) с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, неправильное положение плода, плацентарные нарушения, многоплодие, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков и др.);

г) с выявленной патологией развития плода.

Когда беременная женщина или родильница сталкивается с такими ситуациями, ее тревога и напряжение нарастает. К соматическому и акушерскому состоянию могут присоединяться невротические реакции, расстройства адаптации. Для стабилизации эмоционального состояния такие пациентки особенно нуждаются в специализированной психологической помощи.

### **3. Организация психологической работы в ПЦ**

#### **3.1. Основные принципы и формы организации работы психолога ПЦ**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012г. №572-н в структуре ПЦ предусматривается организация медико-психологической помощи, которая может осуществляться **в следующих формах:**

*1. Работа психотерапевта, медицинского психолога (психолога) в качестве самостоятельного штатного специалиста в составе структурных подразделений ПЦ.*

В этом случае профессиональные задачи ограничиваются преимущественно вопросами оказания консультативной и психокоррекционной помощи.

— В структуре **женских консультаций** предусматривается кабинет врача-психотерапевта и медицинского психолога, а также каби-

нет психопрофилактической подготовки беременных к родам. Штатные нормативы предполагают 1 должность врача-психотерапевта на 10 должностей врачей-специалистов, ведущих приём и 1 должность медицинского психолога (психолога);

— В **родильном доме** (отделении) рекомендуется введение ставки медицинского психолога (психолога) в соответствии: 1 должность на 80 коек и более;

— Структура **перинатального центра** предусматривает наличие кабинета (зала) физиопсихопрофилактической подготовки беременной женщины и ее семьи к родам, партнерским родам и кабинетов медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам;

— В рекомендуемые штатные нормативы **отделения охраны репродуктивного здоровья перинатального центра** входит врач-психотерапевт (не менее 1 должности);

— При наличии **детского отделения** предполагается 1 должность медицинского психолога (психолога) на 8 должностей врачей-специалистов, ведущих консультативный прием детей раннего возраста.

Работа медицинского психолога регламентируется должностными инструкциями согласно приказу Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010г. №541-н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.08.2010 N 18247).

*2. Организация в структуре ПЦ Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (ЦКБ). В этом случае работа психотерапевта, психолога осуществляется в составе междисциплинарной команды специалистов (в т.ч. юрист, специалист по социальной работе и др.), что позволяет оказывать комплексную медико-социальную и организационно-методическую помощь (см. раздел 3.8).*

Для организации деятельности медицинского психолога и других специалистов Центра можно рекомендовать Положения об организации деятельности врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника, участвующих в оказании психотерапевтической помощи, утвержденные приказом Министерства здравоохранения РФ от 16.09.2003г. №438 «О психотерапевтической помощи» (см.прил.№7).

Независимо от формы организации деятельности, работа психолога перинатального центра имеет свою специфику, связанную как с

психологическими особенностями пациенток, так и со структурой и принципами работы медицинской организации.

Для эффективной деятельности в условиях перинатального центра, психотерапевт/медицинский психолог должен иметь высшее профессиональное образование по медицинской психологии и желательно дополнительную переподготовку по перинатальной психологии, а также обладать следующими компетенциями:

а) Владеть *теоретическими и практическими знаниями* в области медицинской психологии (патопсихологии, психологии личности, психогигиены, психодиагностики, психопрофилактики); методов психологического консультирования; методов активного обучения, социально-психологического тренинга общения; деонтологии; психологии профессионального общения.

б) Владеть *дополнительными знаниями и умениями* в области перинатальной психологии (основы психологии беременности, родов, раннего постнатального периода, психологическая помощь при перинатальных потерях и рождении тяжелобольного ребенка, закономерности развития диады «мать-дитя», от момента зачатия до исполнения ребенку трех лет, сопровождение процесса рождения и развития младенца, ранняя профилактика детских нервно-психических расстройств, и др.).

с) Владеть *специальными знаниями и навыками* оказания помощи при острых состояниях и навыками кризисного консультирования, ориентированными на краткосрочные виды деятельности.

д) Уметь составлять индивидуальные программы совместного ведения, в которых конкретизируются объем и план обследования, определяется необходимое вмешательство (психодиагностическое, психотерапевтическое, психокоррекционное, реабилитационное и психопрофилактическое мероприятия), в том числе с привлечением других методов терапии и консультантов.

е) Уметь взаимодействовать с врачами (акушерами-гинекологами, неонатологами, генетиками, психиатрами и пр.), а также социальными и юридическими службами, общественными организациями и др.

ф) Необходимость «вести», сопровождать женщину, начиная с постановки её на учёт в женской консультации или с этапа планирования беременности и до наступления возраста ребёнком 1 года и даже больше. Психолог осуществляет *преемственность* работы на всех этапах развития материнско-детского взаимодействия (в разных отделениях ПЦ).

## **Основные виды психологической деятельности, осуществляемой клиническими психологами в ПЦ:**

- а) Психологическое консультирование,
- б) Психологическая диагностика,
- в) Психологическая коррекция,
- г) Психологическая профилактика,
- д) Психологическое просвещение,
- е) Психологическое сопровождение.

## **Формы отчетности**

Медицинский психолог ведет журнал приема пациентов (см. прил. №2), журнал отказов от новорожденного ребенка, журнал методической работы, а также делает записи в историю пациентки о проводимых мероприятиях с беременной, роженицей, родильницей, а в детском отделении запись осуществляется на отдельном консультативном бланке, который может вкладываться в историю ребенка.

При необходимости заполняются листы маршрутизации к узким специалистам (психиатр/психотерапевт, невролог, нарколог и др.), в другие учреждения (НКО, социальную защиту/опеку и др.), которые могут дополняться сопроводительными письмами (см. прил. №5). Если у женщины есть медико-социально-психологические риски, информация по ней передается в учреждения разных ведомств.

Ежемесячно о деятельности медицинского психолога ПЦ/Центра кризисной беременности оформляется отчетность установленного образца (см. прил. №1).

### **3.2. Категории пациенток ПЦ, нуждающихся в психологической помощи**

Общеизвестно, насколько облегчается протекание беременности, снижается риск возникновения различных патологических состояний и, — соответственно, — увеличивается число здоровых новорожденных, если женщина спокойна, эмоционально настроена на благополучное материнство, чувствует поддержку медиков и близких людей.

Многие пациентки перинатального центра (около 70% из них — женщины групп среднего и высокого акушерского рисков) испытывают состояние повышенного нервного напряжения, связанного с хронической стрессовой ситуацией (осложнения беременности, экстрагенитальная патология и др.), психологическими травмами, случившимися

в прошлом, но связанными с репродуктивной темой и актуализирующимися в настоящую беременность. Некоторые семьи оказываются в ситуации острого стресса, столкнувшись с перинатальными утратами, рождением ребенка с ВПР и генетическими заболеваниями и др.

Мама недоношенных детей часто испытывают состояние длительного стресса в условиях дефицита ресурсов, что повышает риски дезадаптации и формирования депрессии.

Пары, страдающие нарушением репродуктивной сферы (в том числе решающие проблему бесплодия с помощью ВРТ) нередко демонстрируют высокую тревожность, признаки эмоциональной нестабильности, напряжение отношений в паре.

Особой категорией пациенток акушеров-гинекологов перинатального центра являются женщины повышенного социального риска (страдающие зависимостями, ментальными нарушениями, находящиеся в условиях домашнего насилия и др.). Именно наличие социальных рисков часто и приводит их в группу пациенток среднего и высокого акушерского и перинатального риска, повышая вероятность возникновения ситуаций репродуктивного выбора, ненадлежащего ухода за ребенком, инфантицида, аутоагрессивного и суицидального поведения.

Учитывая особенности не только психологического, но и психического состояния пациенток, важность своевременной адекватной его оценки и умения выстраивать последующие действия, направленные на предотвращение риска дезадаптации, важными компетенциями психологов ПЦ являются подготовка в области кризисного консультирования, знакомство с проявлениями реакций на острый и хронический стресс, владение навыками помощи в этих ситуациях.

Эффективному специалисту важно ориентироваться в таких понятиях, как: *стресс* (острый и хронический), *кризис*, *экстремальная ситуация*, *адаптация*, *дезадаптация*, которые мы опишем ниже.

**Стресс** (от англ. Stress — нагрузка, напряжение; состояние повышенного напряжения) — совокупность неспецифических адаптационных (нормальных) реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов – стрессоров (физических или психологических), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом).

В медицине, физиологии, психологии выделяют положительную (*эустресс*) и отрицательную (*дистресс*) формы стресса, а также *стресс острый* и *хронический*. Острая форма возникает по причине сильного и единовременного воздействия какого-либо фактора высокой степени

интенсивности: потрясения, шока. Хронический стресс или стресс постоянный, в отличие от острого, имеет длительный период воздействия негативных факторов. Развитию хронического стресса способствуют ситуации, которые не позволяют человеку отдохнуть и уйти от проблем.

**Кризис** (от греч. *Krisis* — решение, поворотный пункт, исход) — состояние, при котором невозможно дальнейшее функционирование индивида в рамках прежней модели поведения, даже если она целиком устраивала данного индивида. Ситуация, в которой от человека для успешной адаптации требуется изменение привычных действий, расстройств, реакций.

Пациентки могут испытывать несколько кризисов одновременно, при их наложении друг на друга увеличивается вероятность психологической дезадаптации, особенно когда все силы и ресурсы человека исчерпаны и становится сложно справиться без привлечения внешних ресурсов.

Психологические кризисы можно разделить на *нормативные* (кризисы развития) и *ненормативные*.

К нормативным относятся возрастные кризисы (переход на другую стадию жизненного цикла), кризисы профессионального развития и кризисы семейной системы, в том числе и беременность.

Ненормативные кризисы спровоцированы внешними причинами. Их можно разделить на *травматические кризисы* и *кризисы адаптации*, различающиеся по силе внешних воздействий. Травматические кризисы наиболее сильные, вызываются чрезвычайными и/или экстремальными ситуациями (террористические акты, катастрофы, насилие, военные действия, внезапная гибель близких и др.). Кризисы адаптации присутствуют в жизненном цикле любого человека (предсказуемые потери близких, болезни, потери работы, переезды, разводы и т.д.), вызываются они резким изменением внешних и внутренних условий жизни человека, нарушая чувство стабильности и безопасности, повышая тревожность.

**Экстремальная ситуация** (от лат. *Extremus* — крайний, критический) — внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию.

Человек, столкнувшийся с экстремальной ситуацией максимально нуждается в оперативной квалифицированной помощи с целью адаптации.

**Психологическая адаптация** — способность человека (группы людей) меняться, приспосабливаясь к требованиям, условиям обсто-

ятельств и окружающей среды. Сложность (а порой и невозможность) адаптироваться **называется дезадаптацией**.

Процесс принятия роли матери рассматривается как кризисный этап в развитии женщины, предъявляющий особые требования к ее внутренним психологическим ресурсам и несущий в себе как потенциальные возможности, так и опасность. Психическая адаптивность беременной определяется способностью адекватно проявлять свои эмоции, регулировать свое поведение, приспосабливаясь к условиям кризисной ситуации.

Состояние эмоционального напряжения с наличием тревожности различной степени выраженности наблюдается у 40-50% женщин с нормально протекающей беременностью. Оно усугубляется при появлении дополнительных психотравмирующих факторов, таких как возникновение осложнений беременности, требующих госпитализации, выявление врожденных пороков развития плода, угроза преждевременных родов и преждевременный разрыв плодных оболочек, воспоминания о неблагоприятных в прошлом беременностях и родах и др.

*Виды реакций на столкновение с кризисной, экстремальной или трудной жизненной ситуацией сугубо индивидуальны и зависят от особенностей личности.* При неблагоприятных обстоятельствах и/или несвоевременном оказании психологической помощи адаптационный период может быть более длительным, возможно развитие острых аффективных реакций и переход в болезненное состояние.

Согласно МКБ-10 исключительные неблагоприятные события в жизни, ведущие к продолжительным неприятным обстоятельствам, могут вызывать *острую реакцию на стресс (F43.0), расстройства приспособительных реакций (F43.2), другие и неуточненные реакции на тяжелый стресс (F43.8; F43.9).*

В послеродовом периоде (в течение 6 недель после родов), согласно МКБ-10 выделяют: *легкие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках (F53.0 — послеродовая депрессия), тяжелые психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках (F53.1 — послеродовый психоз) и другие расстройства (F53.8, F53.9).*

Работа психолога, направленная на выявление, профилактику и коррекцию таких состояний, крайне важна. От того, получит ли женщина квалифицированную психологическую помощь вовремя, зачастую зависит протекание беременности, родов и послеродового периода.



### 3.3. Кризисная помощь и кризисное консультирование

Патологии беременности — это заболевания и состояния, которые ставят под угрозу течение беременности или здоровье женщины и развитие плода.

В ряде случаев в ситуации обнаружения экстрагенитального заболевания, представляющего угрозу пролонгирования беременности или угрозу жизни женщины, а также при объявлении о патологии беременности или плода, преждевременных родах будущая мать сталкивается с угрозой жизни и здоровья для самой себя и значимого близкого (ребенка), что позволяет рассматривать такие ситуации как экстремальные события.

В этом случае женщине не всегда легко справиться с возникшими обстоятельствами, что может привести к истощению, переутомлению, вызывая невротические реакции.

Психологическая реакция на травму включает в себя три относительно самостоятельные фазы, что позволяет охарактеризовать ее как развернутый во времени процесс.

**Первая фаза** — фаза психологического шока — содержит два основных компонента:

1. Угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизация деятельности;
2. Отрицание происшедшего (своеобразная охранительная реакция психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна.

**Вторая фаза** — воздействие — характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия. Это могут быть сильный страх, ужас, тревога, гнев, плач, обвинение — эмоции, отличающиеся непосредственностью проявления и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнения в себе. Она протекает по типу «что было бы, если бы ...» и сопровождается болезненным осознанием неотвратимости происшедшего, чувством вины, признанием собственного бессилия и самобичеванием.

Рассматриваемая фаза является критической в том отношении, что после нее начинается либо процесс выздоровления (отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам), то есть третья фаза нормального реагирования, либо происходит фиксация на травме и последующий переход постстрессового состояния в хроническую форму.

В связи с этим, в задачи *клинического психолога* входит *оценка* психоэмоционального состояния женщины, и дальнейшая *помощь и сопровождение в переходе* от экстремальной формы в фазу эмоционального отреагирования, после которого психика сможет мобилизоваться и адаптироваться к сложившейся ситуации, т.е. выйти из кризиса.

Воздействие стресса на человека может вызвать следующие состояния:

### **1) Острая стрессовая реакция (ОСР)**

Острая реакция на стресс (F43.0) — это преходящее расстройство, которое развивается у человека без каких-либо других проявлений психических расстройств в ответ на необычный физический или психический стресс и обычно стихает через несколько часов или дней. Симптомы показывают типичную смешанную и изменчивую картину и включают первоначальное состояние «ошеломления» с некоторым сужением области сознания и внимания. Это состояние может сопровождаться последующим «уходом» из окружающей ситуации (до состояния диссоциативного ступора - F44.2) или ажитацией и сверхактивностью (реакция полета или фуги). Обычно присутствуют отдельные черты панического расстройства (тахикардия, избыточное потоотделение, покраснение). Симптоматика обычно проявляется через несколько минут после воздействия стрессовых стимулов или события и исчезает через 2-3 дня (часто через несколько часов) [21].

Характер реакций на стресс в значительной степени определяется степенью индивидуальной устойчивости и адаптивными способностями личности. И все же представляется возможным выделить некоторые категории пациенток ПЦ, у которых развитие ОСР наиболее вероятно.

#### ***Категории пациенток ПЦ:***

- Пациентки, узнавшие о необходимости проведения досрочного родоразрешения или изменения способа родоразрешения
- Пациентки, узнавшие о ВПР и хромосомных нарушениях плода
- Пациентки, столкнувшиеся с перинатальными потерями (в т.ч. беременные с антенатальной гибелью плода, ожидающие родоразрешения)
- Пациентки, столкнувшиеся с внезапным ухудшением состояния здоровья ребенка
- Пациентки, столкнувшиеся с экстирпацией матки или с внезапным ухудшением собственного здоровья

- Пациентки, внезапно столкнувшиеся с гибелью или смертельной болезнью/инвалидизацией близкого родственника, чрезвычайными ситуациями и др.).

### **Возможные проявления ОСР:**

- Стадия *шока* (от англ. *Shock* — удар, потрясение) — данная реакция проявляется начальным состоянием «оглушенности», панической тревоги, неспособностью адекватно реагировать на внешние события, дезориентацией — поведение пострадавших беспорядочно, поступки бессмысленны, иногда они могут наносить себе вред.

- *Апатия*: непреодолимая усталость, равнодушное, незаинтересованное отношение к беременности или ребенку, ненадлежащий уход за ребенком, безразличное отношение к окружающему, вялость, заторможенность, речь медленная, с большими паузами.

- *Агрессия*: раздражение, недовольство, неверие в диагноз, гнев (по любому, даже незначительному поводу), мышечное напряжение, повышение кровяного давления.

- *Истерика*: напряжение мышц (особенно лицевых), учащенное сердцебиение, учащенное поверхностное дыхание, сниженный контроль собственного поведения, ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленно), часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы), крики, рыдания.

- *Плач*: человек уже плачет или готов разрыдаться, подрагивают губы, наблюдается ощущение подавленности, в отличие от истерики нет возбуждения в поведении.

### **Возможные риски ОСР:**

- Отсутствие понимания, происходящего (психологические защиты)

- Повышение конфликтности с персоналом, отказ от госпитализации и выполнения медицинских рекомендаций

- Нарушения адаптации

- Обострение уже имеющегося психического заболевания (признаками могут служить бред и галлюцинации)

- Вероятность причинения вреда себе, ребенку или другим

- Развитие депрессивных и аутодеструктивных состояний, включая суицидальные намерения.

### **Алгоритм действия:**

В данном случае **работа психолога** будет направлена на:

- Оценку тяжести состояния, способности адекватно оценивать и контролировать свои действия (клиническая оценка состояния человека, клиническое интервью)
- Снижение остроты реакций за счет эмоционального отреагирования (техники релаксации, дыхательные техники, эмпатическое слушание)
- Помощь в возвращении самоконтроля в сложившейся ситуации, поиск в обретении ресурсов (КПТ, нарративные техники, техники телесной терапии)
- Совместная разработка плана действий в кризисной ситуации
- Формирование приверженности к лечению (озвучивание рисков)
- Информирование о возможности получить помощь в других организациях / Заключение контракта на дальнейшее сопровождение
- Профилактику отказа от ребенка в состоянии эмоциональной нестабильности
- Профилактику суицидальных тенденций
- Своевременную маршрутизацию пациентки к специалисту психиатрического профиля в случае выявления рисков.

Если психологическая помощь оказывается своевременно, острые реакции ослабевают. Возможно также самоугасание этих реакций. Однако, если они сохраняются дольше трех дней, мы можем говорить о том, что у пациентки вероятно расстройство приспособительных реакций (расстройство адаптации).

## **2) Расстройство адаптации (РА)**

*Расстройство приспособительных реакций* (F43.2) — это состояние субъективного дистресса и эмоциональных расстройств, возникающее в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию. Стрессовое событие может нарушить целостность социальных связей индивида (тяжелая утрата, разлука) или широкую систему социальной поддержки и ценностей (миграция, статус беженца) либо представлять широкий диапазон изменений и переломов в жизни (приобретение статуса родителей, неудача в достижении заветной личной цели, длительная госпитализация) [21].

Начало обычно в течение месяца после стрессового события или изменения жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев (кроме F43.21 — пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации).

Сложности с адаптацией чаще возникает у акцентуированных, психопатических и невротизированных личностей, что проявляется в изменениях эмоциональной и мыслительной сфер, а затем и поведения.

### **Категории пациенток ПЦ:**

- Беременные с отягощенным акушерским анамнезом (выкидыши, аборты, преждевременные роды, перинатальные потери)
- Пациентки ожидающие (в состоянии беременности) или ухаживающие (послеродовой период) за ребенком с ВПР или хромосомными нарушениями
- Пациентки, высказывающие намерение отказаться от ребенка
- Пациентки, испытывающие постоянную тревогу или страхи перед родами (включая плановое досрочное родоразрешение и его способ)
- Пациентки, стоящие перед репродуктивным выбором (в т.ч и на позднем сроке — Областной акушерский консилиум)
- Пациентки, оказавшиеся в палатах раздельного пребывания матери и ребенка в виду состояния здоровья новорожденного или родильницы
- Пациентки, пребывающие в стационаре длительное время (как в акушерском стационаре, так и на втором этапе выхаживания недоношенных детей)
- Пациентки, перенесшие воздействие сильных стрессов во время беременности (развод, гибель или заболевания/инвалидность супруга или других членов семьи, чрезвычайные ситуации и др.).

### **Возможные проявления РА:**

- Ухудшение и неустойчивость настроения, склонность к аффективным (депрессивным) реакциям, раздражительность, обидчивость, плаксивость, тревожность и прочее
- Склонность к искаженному истолковыванию поведения окружающих. Появляется придиричивость к словам и поступкам окружающих, настороженное отношение к медицинскому персоналу, повышается уровень агрессивности или замкнутости
- Повышение психологических защит (отрицание, подавление, регрессия, смещение и др.). Это проявляется неверием в произошедшие события, игнорированием собственного состояния, оказанием помощи другим в ущерб себе, инфантильностью, равнодушием, безразличием относительно беременности или новорожденного
- Ухудшение соматического состояния, психосоматические реакции

- Оказание ненадлежащего ухода за ребенком.

#### **Возможные риски РА:**

- Обострение или манифестация психических заболеваний или невротических расстройств (включая депрессию, фобии, панические атаки, навязчивости и пр.)
- Причинение вреда себе или ребенку
- Эмоциональное неблагополучное протекания беременности, родов и/или послеродового периода (проявления: сниженный эмоциональный фон, тревога, снижение качества жизни, повышение риска психосоматических нарушений)
- Неэффективные взаимоотношения пациентки и медицинского персонала (нерегулярное наблюдение, невыполнение назначений врача, отказ от госпитализации)
- Нарушение привязанности в диаде мать-дитя, нарушения или отказ от грудного вскармливания. Отсутствие мотивации на уход и заботу о новорожденном, не удовлетворение потребностей ребенка.

#### **Алгоритм действия:**

В данном случае **работа психолога** будет направлена на:

- Оценку актуального психоэмоционального состояния (клиническое интервью, опросники на тревогу и депрессию (Зунг, Бехтерев и др.), личностные особенности, тест отношений беременной или родильницы (И.В. Добряков), проективные методики (рисуночные, тестовые)
- Выявление и своевременную маршрутизацию пациентки к специалисту психиатрического профиля (при необходимости)
- Помощь в принятии решения в ситуации репродуктивного выбора
- Адаптацию семьи и формирование готовности к рождению и уходу за ребенком с ВПР и хромосомными нарушениями
- Формирование приверженности к лечению и повышение медицинской активности женщины
- Профилактику отказов от новорожденных.

#### **3) Социально-уязвимые группы**

Социальная уязвимость рассматривается как следствие невозможности реализации личностью своих актуальных социальных потребностей. Значимость этих потребностей для каждой личности индивидуальна, зависит от самосознания (самооценки), системы жизненных целей и ценностей, индивидуальных способностей и опыта решения проблемных и кризисных ситуаций.

К социально-уязвимой группе относятся женщины, находящиеся в трудной жизненной ситуации (болезнь, инвалидность, утрата способности к самообслуживанию, сиротство, безнадзорность, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, смерть кормильца, либо значимого человека в жизни женщины и т.д.).

В общественной и международной практике ТЖС означает переживания человека, оказавшегося в положении, которое серьезно сказывается на его благополучии, безопасности и из которого он не всегда способен выйти самостоятельно. В этом случае требуется помощь государства, общества. В некоторых случаях людям удается справляться с трудной жизненной ситуацией, мобилизуясь и выходя из нее, перестраивая свое мировоззрение и систему ценностей и адаптируясь к условиям жизни. Тогда можно говорить, что, продолжая оставаться в трудной жизненной ситуации, человеку удалось избежать кризиса. В противном случае трудная жизненная ситуация становится «кризисной».

В данной группе помимо социальных часто встречаются значительные психологические и психопатологические проблемы. Следует, однако, отметить, что граница между этими двумя группами нерезкая. Во всех случаях крайне необходимым является консультация юриста, помощь социальных служб, психологов, а иногда и психиатров.

#### **Категории пациенток ПЦ:**

- Пациентки с подозрением или наличием ментальных нарушений/психиатрических диагнозов
- Пациентки, находящиеся в конфликтных отношениях с родственниками и близким окружением или в ситуации развода
- Несовершеннолетние пациентки
- Пациентки с нестабильным материальным положением или отсутствием жилья (студентки, малообеспеченные, женщины-сироты с детьми, самостоятельно проживающие выпускницы детских домов и школ-интернатов)
- Пациентки-мигрантки (наличие юридических проблем с документами)
- Пациентки с «зависимостью» /с наличием социальных заболеваний (ВИЧ, гепатит и др.)
- Женщины — жертвы физического, сексуального, психического, экономического насилия.

Если на приеме врачу становится известно о том, что пациентка находится в трудной жизненной ситуации, то рекомендуется направить женщину в центр кризисной беременности.

### **Возможные риски СУ:**

- Отказ от ребенка
- Жестокое обращение в отношении ребенка (оставление в опасной ситуации, ненадлежащий уход, неудовлетворение потребностей ребенка, акты физической и эмоциональной агрессии и др.)
- Отсутствие медицинских обследований, нерегулярное наблюдение, невыполнение рекомендаций врача по беременности, по уходу за ребенком в первый год жизни
- Причинение вреда себе, ребенку и окружающим
- Суицидальное поведение, инфантицид
- Девиантное поведение
- Виктимность (феномен жертвы)
- Нарушение адаптации
- Социальное неблагополучие.

### **Алгоритм действия**

Работа психолога направлена на:

- Выявление запроса пациентки и организацию медико-психологического сопровождения (своевременная маршрутизация к социальному работнику, юристу, психиатру, НКО и др.)
- Привлечение родственников к социальной реабилитации женщины (при ее согласии)
- Профилактику социального сиротства и неблагополучия
- Мобилизацию внутренних и внешних ресурсов для повышения качества жизни в реальных условиях.

Безусловно, ситуация каждой женщины, попадающей в ПЦ уникальна. Среди факторов, которые оказывают влияние на самочувствие беременной и женщины в послеродовом периоде, не только сугубо медицинские, но также и социально-психологические, в связи с чем, сопровождение пациенток должно предполагать комплексный медико-социально-психологический подход. В связи с чем, рекомендуется направлять женщин в центр кризисной беременности при обнаружении *хотя бы одного* из проявлений состояний, описанных выше (см. прил.№8).



### 3.4 Цели и задачи, стоящие перед специалистом-психологом в структурных подразделениях ПЦ.

#### Поликлиника (Консультативно-диагностическое отделение)

Категории пациентов, направляемых к психологу	Задачи, решаемые психологом	Влияние работы психолога на общий лечебный процесс
1. Женщины в ситуации репродуктивного выбора ( <i>прерывающие беременность по желанию женщины до 12 недель</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагностика с целью оценки социального статуса женщины, определение «истинных мотивов» выбора.</li> <li>2. Консультирование с целью расширения видения возникших в жизни проблем женщины, рассмотрения альтернативных (не путем аборта) способов решения.</li> <li>3. Заключение контракта на социально-психологическое сопровождение при смене решения.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Снижение количества аборт.</li> <li>2. Профилактика отказов от новорожденных.</li> <li>3. Улучшение взаимопонимания между пациентом и врачом.</li> <li>4. Своевременное выявление женщин группы риска и их последующее сопровождение.</li> </ol>
2. Женщины, направленные на Областной Акушерский Консилиум (ОАК)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведение ориентировочной беседы с целью: <ul style="list-style-type: none"> <li>• снижения ситуативной тревоги и нормализации эмоционального фона пациентки;</li> <li>• Информирование о том, как проходит ОАК;</li> <li>• Формирование настроения женщины на конструктивное взаимодействие с членами консилиума;</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Улучшение взаимопонимания между пациентом и врачом.</li> <li>2. Профилактика конфликтности</li> <li>3. Формирование приверженности к лечению.</li> <li>4. Выявление рисков развития нервно-психических нарушений у пациенток.</li> <li>5. Своевременная организация социально-психологического сопровождения.</li> </ol>

Категории пациентов, направляемых к психологу	Задачи, решаемые психологом	Влияние работы психолога на общий лечебный процесс
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказание поддержки и формирование ответственности за любое решение, которое будет принято женщиной.</li> </ul> <p>6. Заполнение протокола для членов консилиума, который помогает врачам индивидуализировать стиль взаимодействия с пациенткой, подобрать нужную тактику в беседе с женщиной.</p> <p>7. Формулирование рекомендаций при необходимости по социально-психологическому сопровождению по месту жительства.</p>	8. Профилактика отказов от ребенка.
3. Женщины, имеющие признаки нарушения психологической адаптации ( <i>повышенная тревожность, слезы, страхи, фобии, панические атаки, повышенная возбудимость, конфликтность, агрессивность, замкнутость, подавленность, тоска, равнодушие к происходящему, зажатые приступы чувства вины, инфантильность, эйфоричность и др.</i> ).	<p>1. Оценка состояния и при необходимости – маршрутизация к психиатру/неврологу или др. специалистам.</p> <p>2. Психологическая помощь с целью стабилизации эмоционального состояния.</p> <p>3. Совместно с женщиной обсуждение дальнейших шагов психологической помощи.</p> <p>4. Заключение контракта на психологическое сопровождение.</p> <p>5. Составление индивидуальной психокоррекционной программы.</p>	<p>1. Своевременное выявление женщин, нуждающихся в специализированной помощи (профилактика развития патологических состояний и их последствий).</p> <p>2. Сопровождение с целью стабилизации эмоционального состояния женщины</p> <p>3. Формирование приверженности к лечению и повышение медицинской активности женщины.</p> <p>4. Улучшение взаимопонимания между пациентом и врачом.</p>

Категории пациентов, направляемых к психологу	Задачи, решаемые психологом	Влияние работы психолога на общий лечебный процесс
<p>4. Женщины социальной группы риска (Пациентки с подозрением или наличием ментальных нарушений/ психиатрических диагнозов, Пациентки, находящиеся в конфликтных отношениях с родственниками и близким окружением или в ситуации развода, Пациентки – жертвы физического, сексуального, психического, экономического насилия, Несовершеннолетние пациентки, Пациентки с нестабильным материальным положением или отсутствием жилья (сту-</p>	<p>5. Осуществление сопровождения во время беременности. 6. Контрольная диагностика. 7. Окончание или дальнейшая маршрутизация пациентки.</p>	<p>8. Профилактика конфликтности. 9. Снижение количества жалоб пациентов, относительно всего лечебного процесса. 10. Снижение психосоматических осложнений в период беременности. 11. Профилактика ятрогений, психогений и др.</p>
<p>4. Женщины социальной группы риска (Пациентки с подозрением или наличием ментальных нарушений/ психиатрических диагнозов, Пациентки, находящиеся в конфликтных отношениях с родственниками и близким окружением или в ситуации развода, Пациентки – жертвы физического, сексуального, психического, экономического насилия, Несовершеннолетние пациентки, Пациентки с нестабильным материальным положением или отсутствием жилья (сту-</p>	<p>1. Оценка социально-психологических рисков. 2. Организация междомственного взаимодействия по оказанию медико-психологической и социальной помощи: • Своевременная маршрутизация к социальному работнику, юристу, психиатру, НКО и др. • Мобилизация внутренних и внешних ресурсов для повышения качества жизни в реальных условиях. • Привлечение родственников к социальной реабилитации женщины (при ее согласии).</p>	<p>1. Своевременное выявление женщин, нуждающихся в специализированной помощи (профилактика развития патологических состояний и их последствий). 2. Профилактика социального неблагополучия. 3. Профилактика ненадлежащего ухода, жестокого обращения с детьми, оставления в социально опасной ситуации. 4. Профилактика отказов от новорожденных. 5. Снижение рисков инфантицида. 6. Профилактика аутодеструктивного поведения.</p>

Категории пациентов, направляемых к психологу	Задачи, решаемые психологом	Влияние работы психолога на общий лечебный процесс
<p>дентки, малообеспеченные, женщины-сироты с детьми, самостоятельно проживающие выпускницы детских домов и школ-интернатов), Пациентки-мигрантки (наличие юридических проблем с документами), Пациентки с «зависимостью» /с наличием социальных заболеваний (ВИЧ, гепатит и др.)).</p>		
<p>5. Женщины, заявившие намерение отказа от ребенка во время беременности.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прояснение ситуации, выяснение причин отказа.</li> <li>2. Оценка социально-психологических рисков.</li> <li>3. Обсуждение с женщиной ее желания и готовности сотрудничества для сохранения ребенка в семье.</li> <li>4. При ее согласии организация межведомственного взаимодействия по оказанию медико-психологической и социальной помощи.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Профилактика отказов от новорожденных.</li> <li>2. Профилактика аутодеструктивного поведения беременной.</li> <li>3. Формирование приверженности к лечению и повышение медицинской активности женщины.</li> </ol>
<p>6. Женщины в остром периоде (до месяца) после перинатальной утраты.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Экстренная помощь в ситуации острого горя.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Профилактика аутодеструктивного поведения женщины в ситуации острого стресса.</li> </ol>

Категории пациентов, направляемых к психологу	Задачи, решаемые психологом	Влияние работы психолога на общий лечебный процесс
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Оценка состояния и при необходимости – маршрутизация к психиатру/неврологу или др. специалистам.</li> <li>Совместно с женщиной обсуждение дальнейших шагов психологической помощи.</li> <li>Заключение контракта на психологическое сопровождение с целью помощи в принятии потери и адаптации к жизни в такой реальности.</li> <li>Семейное консультирование.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Профилактика патологического переживания горя и отдаленных психологических реакций.</li> <li>Профилактика нарушений репродуктивной функции в будущем.</li> <li>Профилактика эмоционального выгорания сотрудников</li> </ol>
<p>7. Женщины и члены семьи, желающие пройти психопротективную подготовку к родам (Школы будущих мам).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Информирование женщины (семьи) об этапах беременности, родов, послеродового периода и ГВ.</li> <li>Повышение адаптивных возможностей женщины путем стабилизации психоэмоционального состояния.</li> <li>Освоение навыков саморегуляции и методов самопомощи в родах.</li> <li>Повышение психологической компетентности в области материнства и родительства.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Улучшение взаимопонимания между пациентом и врачом.</li> <li>Активное и заинтересованное участие семьи в лечебном процессе.</li> <li>Профилактика травматизации в родах.</li> <li>Профилактика эмоционального выгорания сотрудников.</li> <li>Формирование перинатального комфорта.</li> </ol>

**Родильный дом**  
**(акушерский стационар) (отделение дородовой госпитализации**  
**и патологии беременных, родовое и послеродовое отделение)**

<b>Категории пациентов, направляемых к психологу</b>	<b>Задачи, решаемые психологом</b>	<b>Влияние работы психолога на общий лечебный процесс</b>
<p>1. Женщины, имеющие признаки нарушения психологической адаптации</p> <p><i>(повышенная тревожность, слезы, страхи, фобии, панические атаки, повышенная возбудимость, конфликтность, агрессивность, замкнутость, подавленность, тоска, равнодушие к происходящему; затяжные приступы чувства вины, инфантильность, эйфоричность и др.).</i></p>	<p>1. Оценка состояния и при необходимости — маршрутизация к психиатру/неврологу.</p> <p>2. Экстренная психологическая помощь с целью стабилизации эмоционального состояния.</p> <p>3. Совместно с женщиной обсуждение дальнейших шагов психологической помощи (заключение контракта на психологическое сопровождение при переводе в другие отделения/ маршрутизация к психологу по месту жительства).</p>	<p>1. Своевременное выявление женщин, нуждающихся в специализированной помощи (профилактика развития патологических состояний и их последствий).</p> <p>2. Формирование приверженности к лечению и повышение медицинской активности женщины.</p> <p>3. Улучшение взаимопонимания между пациентом и врачом.</p> <p>4. Профилактика конфликтности.</p> <p>5. Снижение жалоб, относительно всего лечебного процесса.</p> <p>6. Снижение психосоматических осложнений в период беременности.</p> <p>7. Профилактика ятрогений, психогений и др.</p>
<p>2. Женщины в ситуации перинатальной утраты.</p> <p><i>(В том числе пациентки, столкнувшиеся с антенатальной</i></p>	<p>1. Экстренная помощь в ситуации острого горя.</p> <p>2. Информирование женщины (семьи) о дальнейших шагах по процедуре захоронения.</p>	<p>1. Профилактика аутодеструктивного поведения женщины в ситуации острого стресса.</p>

Категории пациентов, направляемых к психологу	Задачи, решаемые психологом	Влияние работы психолога на общий лечебный процесс
гибелью плода, ожидающие ро- доразрешения).	3. Мотивация женщины на последующее психологическое сопровождение. 4. Семейное консультирование.	2. Профилактика эмоционального выгорания сотрудников, вынужден- ных выстраивать взаимодействие с пациенткой в ситуации утраты.
3. Женщины социальной груп- пы риска (Пациентки с подозрением или наличием ментальных наруше- ний/ психиатрических диагнозов, Пациентки, находящиеся в конфликтных отношениях с родственниками и близким окружением или в ситуации развода, Пациентки — жерт- вы физического, сексуального, психического, экономического насилия, Несовершеннолетние пациентки, Пациентки с нестабильным материальным положением или отсутствием жилья (сту- дентки, малообеспеченные, женщины-сироты с детьми, самостоятельно проживаю- щие выпускницы детских домов и школ-интернатов),	1. Оценка социально-психологических рисков. 2. Организация междомственного вза- имодействия по оказанию медико-психо- логической и социальной помощи. • Своевременная маршрутизация к со- циальному работнику, юристу, психиа- тру, НКО и др. • Мобилизация внутренних и внеш- них ресурсов для повышения качества жизни в реальных условиях. • Привлечение родственников к соци- альной реабилитации женщины (при ее согласии).	1. Своевременное выявление жен- щин, нуждающихся в специализи- рованной помощи (профилактика развития патологических состояний и их последствий). 2. Профилактика социального не- благополучия. 3. Профилактика ненадлежащего ухода, жестокого обращения с деть- ми, оставления в социально опас- ной ситуации. 4. Профилактика отказов от ново- рожденных. 5. Снижение рисков инфантицида. 6. Профилактика аутодеструктив- ного поведения.

Категории пациентов, направляемых к психологу	Задачи, решаемые психологом	Влияние работы психолога на общий лечебный процесс
<i>Пациентки-мигрантки (наличие юридических проблем с документами), Пациентки с «зависимостью» /с наличием социальных заболеваний (ВИЧ, гепатит и др.).</i>		
4. Женщины, заявившие намерение отказа от ребенка.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прояснение ситуации, выяснение причин отказа.</li> <li>2. Оценка социально-психологических рисков.</li> <li>3. Обсуждение с женщиной ее желания и готовности сотрудничества для сохранения ребенка в семье.</li> <li>4. При ее согласии организация межведомственного взаимодействия по оказанию медико-психологической и социальной помощи</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Профилактика отказов от новорожденных.</li> <li>2. Профилактика ненадлежащего ухода, жестокого обращения с детьми, оставления в социально опасной ситуации</li> <li>3. Снижение рисков инфантицида.</li> </ol>
5. Женщины и члены семьи, желающие пройти психопрофилактическую подготовку к родам (экспресс подготовка, партнерские роды, подготовка к ГВ).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Снижение уровня тревоги пациентки (партнера).</li> <li>2. Повышение адаптивных возможностей женщины путем стабилизации психосоциального состояния.</li> <li>3. Освоение навыков саморегуляции и методов самопомощи в родах.</li> <li>4. Повышение психологической компетентности в области материнства и родительства.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Улучшение взаимопонимания между пациентом и врачом.</li> <li>2. Активное и заинтересованное участие семьи в лечебном процессе.</li> <li>3. Профилактика травматизации в родах.</li> <li>4. Профилактика эмоционального выгорания сотрудников.</li> </ol>



**Педиатрический стационар**  
(отделение патологии новорожденных, отделение реанимации  
и интенсивной терапии новорожденных)

Категории пациентов, направляемых к психологу	Задачи, решаемые психологом	Влияние работы психолога на общий лечебный процесс
<p>1. Матери, имеющие повышенные психологические риски и/или проявленные признаки нарушения психологической адаптации.</p> <p><i>(повышенная тревожность, слезы, страхи, фобии, панические атаки, повышенная возбудимость, конфликтность, агрессивность, замкнутость, подавленность, тоска, равнодушие к происходящему; тяжёлые приступы чувства вины, инфантильность, эйфоричность и др.).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика с целью выявления риска развития психопатологических состояний у матерей.</li> <li>• Информационная и профилактическая работа по детско-родительским взаимоотношениям.</li> <li>• Профилактика нарушений привязанности в диаде мать-дитя.</li> <li>• Консультирование по проблемам грудного вскармливания и сцеживания.</li> <li>• Коррекционная работа, направленная на стабилизацию эмоционального состояния в связи с нарушениями здоровья ребенка и помощь в адаптации матери и семье, осознание необходимости лечения ребенка и выполнение предписаний врача.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Своевременное выявление матерей, нуждающихся в специализированной помощи (профилактика развития патологических состояний и их последствий).</li> <li>2. Формирование приверженности к лечению и повышение медицинской активности матери.</li> <li>3. Улучшение взаимопонимания между матерью больного ребенка и врачом.</li> <li>4. Профилактика конфликтности.</li> <li>5. Снижение жалоб, относительно всего лечебного процесса.</li> <li>6. Снижение психосоматических осложнений в послеродовый период.</li> <li>7. Профилактика ятрогений, психогений и др.</li> </ol>

Категории пациентов, направляемых к психологу	Задачи, решаемые психологом	Влияние работы психолога на общий лечебный процесс
<p>2. Женщины социальной группы риска</p> <p>(Пациентки с подозрением или наличием ментальных нарушений/ психиатрических диагнозов, Пациентки, находящиеся в конфликтных отношениях с родственниками и близким окружением или в ситуации развода, Пациентки — жертвы физического, сексуального, психического, экономического насилия, Неготовые к принятию ответственности за совершенные правонарушения Пациентки с нестабильным материальным положением или отсутствием жилья (студентки, малообеспеченные, женщины-сироты с детьми, самостоятельно проживающие выпускницы детских домов и школ-интернатов), Пациентки-мигрантки (наличие юридических проблем с документами), Пациентки с «зависимостью» /с наличием социальных заболеваний (ВИЧ, гепатит и др.)).</p>	<p>1. Оценка социально-психологических рисков.</p> <p>2. Организация межведомственного взаимодействия по оказанию медико-психологической и социальной помощи.</p> <p>Своевременная маршрутизация к социальному работнику, юристу, психиатру, НКО и др.</p> <p>Мобилизация внутренних и внешних ресурсов для повышения качества жизни в реальных условиях.</p> <p>Привлечение родственников к социальной реабилитации женщины (при ее согласии).</p>	<p>1. Своевременное выявление женщин, нуждающихся в специализированной помощи (профилактика развития патологических состояний и их последствий).</p> <p>2. Профилактика социального неблагополучия.</p> <p>3. Профилактика ненадлежащего ухода, жестокого обращения с детьми, оставления в социально опасной ситуации.</p> <p>4. Профилактика отказов от новорожденных.</p> <p>5. Снижение рисков инфантицида.</p> <p>6. Профилактика аутодеструктивного поведения.</p>

Категории пациентов, направляемых к психологу	Задачи, решаемые психологом	Влияние работы психолога на общий лечебный процесс
3. Женщины, заявившие намерение отказа от ребенка.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прояснение ситуации, выяснение причин отказа.</li> <li>2. Оценка социально-психологических рисков.</li> <li>3. Обсуждение с женщиной ее желания и готовности сотрудничества для сохранения ребенка в семье.</li> <li>4. При ее согласии организация межведомственного взаимодействия по оказанию медико-психологической и социальной помощи.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Профилактика отказов от новорожденных.</li> <li>2. Профилактика ненадлежащего ухода, жестокого обращения с детьми, оставления в социально опасной ситуации</li> <li>3. Снижение рисков инфантицида.</li> </ol>

### 3.5 Психопрофилактическая работа в ПЦ

*Под психопрофилактикой (от греч. Prophylaktikos — предохранительный) понимают комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска, а также сохранение, улучшение и укрепление психического здоровья.*

Различают первичную, вторичную и третичную психопрофилактику.

*Первичная профилактика* — система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний. Она «включает охрану здоровья будущих поколений, изучение и прогнозирование возможных наследственных заболеваний, гигиену брака и зачатия, охрану матери от возможных вредных влияний на плод и организацию родовспоможения, своевременное применение методов лечебно-педагогической коррекции на всех этапах развития».

#### **Виды работы перинатального психолога:**

- формирование здорового образа жизни у беременных и родильниц, а также членов их семей,
- работа по созданию *перинатального комплаенса* — взаимодействия врача с пациенткой и ее родственниками, строящиеся на платформе сотрудничества и партнерства,
- предупреждение развития ятрогений, психологений, дидактогений и гестогений,
- скрининг-диагностика, проводимая с целью выявления среди беременных и родильниц групп риска по нервно-психическим расстройствам,
- дородовая подготовка беременных.

*Вторичная психопрофилактика* — это система «мероприятий, направленных на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания». Она направлена на так называемую «группу риска», т. е. на тех женщин, у которых уже обозначились проблемы.

**Работа перинатального психолога направлена на** психологическое индивидуальное или семейное консультирование, коррекцию выявленных нарушений и повышение адаптивных способностей женщины и семьи в сложившейся ситуации.

*Третичная психопрофилактика* — система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при

хронических заболеваниях. В этом большую роль играет правильное использование лекарственных и других средств, применение лечебной и педагогической коррекции и систематическое использование мер ре-адаптации.

**Работа перинатального психолога направлена на формирование мотивации к выполнению медицинских рекомендаций и приверженности к лечению, а также маршрутизацию к профильным специалистам (психиатр, нарколог, невролог и др.) в случае выявления пациентов с ментальными нарушениями или психиатрическими диагнозами (см. прил. №5).**

Психопрофилактика подразумевает работу по предупреждению дезадаптации личности, просветительскую деятельность, создание благоприятного психологического климата в учреждении, осуществление мероприятий по предупреждению и снятию психологического напряжения не только у пациентов, но и у сотрудников.

### **3.6 Работа с сотрудниками**

Неотъемлемой частью работы клинического психолога в учреждениях здравоохранения является работа с медицинским персоналом, которая носит профилактический, обучающий и просвещающий характер.

#### **Виды работы с сотрудниками:**

##### ***Повышение психологической грамотности и обучение навыкам коммуникации***

В последнее время значительно возросла роль специальных психологических знаний в работе врачей, медицинских сестёр, организаторов здравоохранения, специалистов по социальной работе и социальному обслуживанию больных и лиц с ограниченными возможностями. Базовые психологические знания в сфере профессионального общения и оказания помощи больным уже сегодня являются широко востребованными, так как их повседневное практическое использование неизменно повышает качество оказываемой медицинской и социальной помощи.

По исследованиям профессора психологии Альберта Мейерабиана, на качество обмена информацией при общении людей собственно слова влияют только на 7%. При этом 38% в общении отводится тембру голоса, темпу речи, паузам и 55% — жестам и мимике.

Пациент воспринимает все, что выражает отношение к нему в медицинском учреждении, обостренно болезненно. Он улавливает «тон-

кие сигналы», а потом видит их через призмы своего «искаженного» восприятия. Очень раздражает пациентов «ветеринарный подход», при котором пациенту слова ничего не дают и ничего не объясняют. Конфликт возможен в том случае, когда специалист не задумывается над целью коммуникации, расценивая общение исключительно как средство достижения лечебных задач.

Безусловно, пациент и его родственники могут вызывать разные чувства, нравиться или не нравиться, могут быть приятны или неприятны персоналу, но в любом случае *коммуникативная компетентность сотрудников* поможет не только психологически правильно строить отношения с пациентами, но это также единственно возможная форма индивидуальной психологической защиты от эмоционального выгорания персонала, позволяющая оставаться в рамках профессиональной роли.

Поэтому *задачей медицинского психолога* является повышение психологической грамотности персонала, обучение навыкам общения и эффективного взаимодействия с пациентами, налаживание перинатального комплаенса как в формате индивидуальных, так и групповых встреч. В другие виды просветительской деятельности входит также разработка и распространение буклетов, литературы, а также выступления в СМИ и др.

#### ***Консультирование по конкретным психологическим ситуациям***

Консультации сотрудников по конкретным случаям проводятся как по запросу мед. персонала, так и по решению психолога в случае, если нужно решить вопрос о маршрутизации или привлечении специалистов смежных профилей.

В первом случае, когда запрос на обследование пациентки делает врач (медсестра), психолог проясняет анамнез, субъективное мнение по поводу состояния пациентки и проблем, которые вызывают сложности. Во втором случае, психолог дает обратную связь о состоянии пациентки, рекомендации, на что обратить внимание при выстраивании взаимодействия.

В педиатрической системе взаимодействие протекает по специфичным законам, имеет выраженные особенности, что требует от специалиста совершенно особой компетенции. Здесь формально пациентом выступает ребенок (ОПНиНД, детская реанимация), однако, по сути, коммуникация происходит с взрослым. И в случае отсутствия взаимопонимания между сотрудником и родителем, недоверия взрос-

лого к врачу, не происходит формирования приверженности к лечению и грамотного ухода за ребенком.

Контакты медицинских работников с родителями в детских отделениях, как правило, эмоционально насыщенные, тесные и частые. Правильная тактика общения, коммуникативная компетентность медицинского персонала с родными и близкими больного ребенка создает должное психологическое равновесие межличностных взаимоотношений медицинский работник — больной ребенок — его родители.

Так, родитель в сложившихся обстоятельствах (заболел ребенок, страшит неизвестность, отсутствует полная, исчерпывающая информация, невыносима собственная беспомощность и т.д.) воспринимает все события через призму своего внутреннего состояния. И тогда даже не конфликтный по своей сути человек при взаимодействии с персоналом больницы может стать «трудным», конфликтным.

Когда человек спокоен, уравновешен, самодостаточен, находится в гармонии с самим собой, он воспринимает внешние обстоятельства иначе, чем во взвинченном или расстроенном, паническом или подавленном состоянии. Одним из главных и первичных факторов успешной коммуникации сотрудника при встрече с родителем должно стать снижение тревожности. Наиболее действенными будут, прежде всего, слова поддержки в его адрес, уверения, что он хорошо справляется.

В институте учат подходам к болезни, а не к родителю, чей ребенок болен. Но ведь усилия врача должны быть направлены не против родителя, а против болезни. Без взаимодействия с родителем, сотрудничества с ним болезнь может выиграть. Поэтому психолог помогает врачу находить адекватные и эффективные способы взаимодействия с родителем, ухаживающему лицу адаптироваться к сложившейся ситуации, тем самым направить совместные усилия для достижения общей цели (реабилитация ребенка). Эти мероприятия соответствуют принципам пре- и постнатального сопровождения, а именно комплексность, индивидуальный подход, междисциплинарное взаимодействие, адекватность реагирования и принимаемых мер.

### ***Профилактика СЭВ***

Выгорание представляет собой комплекс психических переживаний и такое изменение поведения, которые в совокупности сказываются на работоспособности, физическом и психологическом самочувствии, а также на взаимоотношениях сотрудника с окружением. На сегодняшний день «профессиональное выгорание» в наиболее общем виде трактуется как долговременная стрессовая ситуация, возникаю-

щая вследствие продолжительного влияния профессиональных стрессоров средней интенсивности. Это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия [10].

Симптомы профессионального выгорания могут приводить к полной дезинтеграции различных психических сфер, и прежде всего эмоциональной.

В связи с чем, задачей медицинского психолога является своевременное выявление факторов риска профессионального выгорания у медицинского персонала, диагностика (Методика В.В. Бойко «Синдром эмоционального выгорания», оценка отношения к работе, типы трудовой мотивации «Тест Герчикова», цветовой тест отношений М. Эткинда и др.) и коррекция по результатам обследований. Профилактическая работа с сотрудниками может проходить как в индивидуальном, так и групповом режиме, а также она предполагает распространение буклетов, литературы по этой проблематике.

### **3.7. Межведомственное взаимодействие. Участие в областном акушерском консилиуме**

Одним из важнейших принципов работы психолога ПЦ — междисциплинарный подход, примером которого является участие в работе акушерского консилиума.

Консилиум представляет собой совещание врачей одной или разных специальностей, которое созывается для коллегиального обсуждения состояния здоровья обследуемого, уточнения диагноза, определения прогноза течения болезни, принятия решений по всем актуальным вопросам тактики обследования и лечения, разрешения конфликтных ситуаций, возникающих в процессе и по результатам оказания медицинской помощи

Областной акушерский консилиум (ОАК) обеспечивает единый подход к оказанию акушерско-гинекологической помощи в сложных клинических ситуациях, а цель его работы заключается в обеспечении своевременного и качественного оказания помощи беременным с различной экстрагенитальной патологией и тяжелыми осложнениями послеродового периода для предупреждения материнской смертности и снижения фетоинфантильных потерь в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СО от 21.04.2011 N 383-а-П.

Пациентки направляются на ОАК в обязательном порядке при наличии противопоказаний к вынашиванию беременности и отказе



женщины от прерывания беременности. На основании результатов клинического обследования консилиум делает заключение о состоянии здоровья женщины, и представляет ей эту информацию о состоянии, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства и их последствиях.

Ситуация выявления патологий или осложненного течения беременности и прохождения акушерского консилиума является для женщин стрессовой ситуацией.

Женщины испытывают в таких обстоятельствах ряд болезненных эмоций: тревогу, неверие в диагноз, неуверенность в себе, пошатнувшуюся самооценку себя как матери и как женщины, чувство вины, чувство одиночества, враждебность, недоверие по отношению к врачам, ожидание социального давления и т.д. Ситуация постановки диагноза и ситуация прохождения консилиума могут быть психологически травматичными. «Приговор консилиума», «страшное слово», «нервотрёпка», «сидят там, только о показателях беспокоятся», «консилиум выстояла», «не доверяю врачам», «они меня доконали», «все глаза выплакала» — так высказываются многие женщины, прошедшие эту процедуру.

В результате негативных переживаний повышается вероятность дезорганизующего влияния эмоционального состояния беременной женщины на восприятие ситуации, эффективность её когнитивной проработки и, в итоге, на принятие решения относительно беременности, на эффективность взаимодействия с членами консилиума и на поведение женщин в отношении необходимых лечебных мероприятий.

Перед консилиумом психолог проводит беседу с женщинами (см. прил. №3), заполняет протокол психодиагностического обследования (см. прил. №4).

Беседа помогает определить намерение женщины в ситуации репродуктивного выбора, выявить отношение к сложившимся условиям и консилиуму, а также сформулировать вопросы врачам, если таковые имеются. Прояснения состояния беременной помогают снизить ситуативную тревогу, тем самым повышается способность женщины анализировать исходы репродуктивных альтернатив и воспринимать мнение членов консилиума. В течение беседы психолог помогает женщинам подготовить вопросы врачам и настроиться на сотрудничество.

Членам консилиума предъявляется протокол беседы (см. прил. №4), в котором описано как эмоциональное состояние пациентки, так и ценностно-смысловая нагрузка репродуктивного выбора, ожида-

ния, связанные с ОАК и возможные способы реагирования на процедуру и мнения специалистов. Ориентируясь на протокол, врачи могут индивидуализировать стиль взаимодействия с пациенткой, подобрать нужную тактику в беседе с женщиной и освещении своего решения. По рекомендации психолога женщине может быть предложено дальнейшее психологическое сопровождение по месту жительства. Данные протокола помогают построить взаимодействие между врачами и пациенткой, основанное на платформе сотрудничества и партнерства. При таком варианте взаимодействия пациентка и ее родственники ожидают обсуждения и согласования с врачом всех предпринимаемых действий, оставляя право принять решение за собой. Возрастает уровень доверия пациенток к медицинскому персоналу и готовности следовать рекомендациям.

Таким образом, слаженная командная работа всех членов консилиума позволяет достичь своевременного и качественного оказания помощи беременным с различной экстрагенитальной патологией и тяжелыми осложнениями послеродового периода для предупреждения материнской и детской смертности.

### **3.8. Центр Кризисной Беременности**

Центр Кризисной Беременности (ЦКБ) — это центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, организованный в структуре перинатального центра.

Вопросы организации деятельности ЦКБ регламентируется приложениями 31-33 к приказу МЗ РФ №572-н от 01.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (см. прил. №6).

#### **Основные виды деятельности, осуществляемые ЦКБ:**

*а) Психологическое консультирование, психотерапия и психопрофилактика беременных и родильниц* (Выявление женщин группы социально-психологического риска, диагностика, коррекция и своевременная маршрутизация к психиатру или другим специалистам).

*б) Медико-социальная помощь беременным и родильницам* (Выявление женщин группы социального риска, анализ причин, способствующих возникновению трудной жизненной ситуации у них. Обеспечение доступной, своевременной и эффективной помощи женщинам,

нуждающимся во временном приюте, своевременная маршрутизация и постановка в соц. службы).

*с) Методическая работа* (консолидация опыта, разработка и проведение обучающих семинаров с целью повышения качества предоставления медико-социально-психологических услуг, изучение теоретической литературы, результатов исследований, статистических данных по проблематике центра, составление методических пособий)

*д) Организационная работа (координационная работа)* кабинетов медико-социальной поддержки в ЖК и роддомах, включающая анализ деятельности кабинетов, на основе регулярных отчетов (см прилож.), а также помощь в организации межведомственного взаимодействия, направленная на комплексную помощь нашей целевой аудитории (НКО и др.).

*е) Повышение компетенции сотрудников, консультирование и профилактика.* Сюда входят занятия с медперсоналом по этике, деонтологии и профилактике ятрогений у пациентов, занятия по повышению психологической компетентности и профилактике эмоционального выгорания, консультации медицинского персонала по конкретным случаям в работе с пациентками.

*ф) Просветительская деятельность.* Просветительская работа (формирование лояльности и включенности) для целевой аудитории (выступления в СМИ, на конференциях, распространение буклетов и др.).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодня можно утверждать, что работа психолога перинатального центра является отдельной профессией, требующей от специалиста высокого уровня квалификации и владения специфическими компетенциями. Безусловно, в вопросе организации психологической работы в ПЦ остается еще ряд вопросов (как организационных, так и профессиональных), заслуживающих внимания заинтересованных в дальнейшем повышении качества помощи в системе родовспоможения специалистов.

## Список литературы

7. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство / Абрамченко В.В. — СПб, 2001. — 311 с.
8. Абрамченко В.В. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт / Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. — Петрозаводск, 2004. — 350 с.
9. Акушерство: Учебник/ Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А44 А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой. — М.: Медицина, 2011. — 816с.
10. Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка / Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А. // Синапс. — 1993. — № 4. — С. 35-42.
11. Барашнев Ю.И. Беременность высокого риска: факты, гипотезы, домыслы. Акуш и гин 1991.
12. Брутман В.И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://www.psymama.ru/articles/b5.html>
13. Брутман В.И. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности / Брутман В.И., Родионова М.С. // Вопросы психологии. — 1997. — № 7. — С. 38-47.
14. Брутман В.И. Динамика психологического состояния женщины во время беременности и после родов / Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. // Психологический журнал. — 2000. — Т. 7, № 3. — С. 59-68.
15. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии / Воробьев В.М. // Обзорение психиатрии и мед.психологии им. В.М. Бехтерева. — 1993. — № 2. — С. 33-39.
16. ГлиянниковИЮ. Эмоциональное выгорание: симптомы[Электронный ресурс] — Режим доступа:<https://psychologytoday.ru/public/emotsionalnoe-vygoranie-simptomy/>
17. Добряков И.В.Перинатальная психология 2-е изд. — СПб, 2015. — 370 с.
18. Дубовик О.Ю. Изучение роли материнской депривации в возникновении психических нарушений у детей раннего возраста // Научная конференция молодых ученых. Тезисы докладов. М. 1994. С.251.
19. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса / Китаев-Смык Л.А. — М., 1983. — 370 с.
20. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2002. — 960 с.
21. Коваленко Н. П. Женщина после преждевременных родов: эмоциональные переживания // «Клиническая и специальная психология» №1 2014 Московский городской психолого-педагогический университет
22. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности и родов / Коваленко Н.П. — СПб, 2001. — 318 с.
23. Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях / Короленко Ц.П. — М.: Наука, 1978. — 271 с.
24. Куфтяк Е.В. Преждевременные роды и женщина: социально-психологические аспекты // Перинатальная психология и психология родительства № 2 2005.

25. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. — Л.: Лениздат, 1970. — С. 178 — 208.
26. Мальгина Г.Б. Стресс и беременность: перинатальные аспекты — Екатеринбург, Изд-во Чарид, 2002. — 188с.
27. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://mkb-10.com/>
28. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом — К.: Министерство Здравоохранения РФ Казанская Государственная Медицинская Академия, 2003.
29. Пайнз Д. Беременность и материнство: взаимодействие фантазий и реальности — СПб, 1995.
30. Пергаменщик Л.А. Кризисная психология. Учебное пособие. Мн.: Высшая школа, 2004. — 288 с.
31. Поневаж Е.В. Женщина после преждевременных родов: эмоциональные переживания // Клиническая и специальная психология 2014. Том.3 №1.
32. Рыбалка А.Н., Глазкова И.Б., Трибрат И.Г., Регушевский С.Е., Гончарова Э.Е., Темник В.И. Психологическая адаптация женщин во время беременности и после родов [Электронный ресурс] — Режим доступа: <https://mazg.com.ua/ru-issue-article-426>
33. Самосознание и защитные механизмы личности. Хрестоматия. / Под ред. Райгородского Д.Я. — Самара: БАХРАХ-М, 2012. — 656 с.
34. Селье Г. Стресс без дистресса. [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://www.libros.am/book/read/id/48734/slug/stress-bez-distressa>
35. Скобло Г.В., Дубовик О.Ю. Система «мать — дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. №2. С. 75-78.
36. Соколова О.А. Личностный кризис женщины в период беременности / Соколова О.А. // Личность и бытие. — Краснодар, 2005. — С. 80-86.
37. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте. / Под ред. А. А. Журавлёва. — М. Институт психологии РАН, 2011
38. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001. — 272 с.
39. Филиппова Г. Г. Психология материнства — М., 2002
40. Филиппова Г.Г. Психологическая готовность к материнству // Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода. — М.: УРАО, 2005. — 328 с.
41. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы Пер. Гинзбург М.Р. — М. Педагогика-Пресс, 1993
42. Шойгу Ю.С. Психология экстремальных ситуаций [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/3193917/>

# Отчет

Медицинский психолог: (Ф.И.О.)

[illegible]

6	Количество рассмотренных слу- чаев (пациентов) на ОАК																		Не сумми- руется
	Количество пациентов, получив- ших психологическую помощь																		
	Из них количество несовершенно- летних																		
	Из них количество отказов от но- ворожденных детей																		
7	Количество встреч с сотруднича- ми по ведению пациента																		
8	Количество консультаций со- трудников по вопросам профес- сионального (эмоционального) выгорания																		
9	Количество занятий для персо- нала/участников по повышению психологической компетентно- сти																		/
10	<b>Сотрудничество с медперсона- лом (консультации по случаям, консилиум, занятия)</b>																		

№	Наименования Категории	Количество услуг беременным женщинам				Количество услуг родившим женщинам				Количество встреч с па- циентками
		Диаг- ностика	Консуль- тация	Коррек- ция	Профи- лактика	Диаг- ностика	Консуль- тация	Коррек- ция	Профи- лактика	
1	Пациентки, столкнувшиеся с экстре- мальной ситуацией (Острая стрессовая реакция)									
1.1	Пациентки, узнавшие о необходимости проведения досрочного родоразрешения или изменения способа родоразрешения									
1.2	Пациентки, узнавшие о ВПР и хромо- сомных нарушениях плода									
1.3	Пациентки, столкнувшиеся с перина- тальными потерями									
1.4	Пациентки, столкнувшиеся с экстирпа- цией матки									
1.5	Пациентки, столкнувшиеся с внезапным ухудшением состояния здоровья плода/ ребенка									
1.6	Пациентки, столкнувшиеся с внезапным ухудшением состояния своего здоровья									
1.7	Пациентки, внезапно столкнувшиеся с гибелью или смертельной болезнью/ инвалидизацией супруга или близкого родственника, чрезвычайной ситуацией									







3.6	Пациентки-мигрантки (наличие юридических проблем с документами)																		
3.7	Пациентки с «зависимостью»/с наличием социальных заболеваний (ВИЧ, Гепатит и др.)																		
	Всего услуг																		

Проведено всего диагностик, консультаций, коррекций, психопрофилактик беременным женщинам.  
Проведено всего диагностик, консультаций, коррекций, психопрофилактик родившим женщинам.  
Всего проведено встреч с (число) пациентками ОПЦ.

## **Ежедневный журнал работы психолога в ПЦ**

Рекомендуется использовать в программе эксель, каждый новый лист — это определенное отделение, в нем название колонок по горизонтали:

**Дата**

**Ф.И.О. пациента, возраст**

**Первично/повторно**

**ОСР** (к какой категории относится проблематика пациентки)

**Хр.Стресс** (к какой категории относится проблематика пациентки)

**Соц.уяз.** (к какой категории относится проблематика пациентки)

**Тип обращения** (кто отправил: врач, медсестра, соц.раб. и др., либо самообращение или психолог выявил по диагностике или в ходе обхода)

**Причина обращения** (причина направления к психологу, которую заявляет направляющий)

**Палата**

**Город** (из какого населенного пункта пациентка)

**Специалист** (кто вел прием)

**Пациент/родственник** (в случае работы с семьёй или другими близкими)

**Диагностика** (что проведено во время приема, услуга в цифрах)

**Консультация** (что проведено во время приема, услуга в цифрах)

**Коррекция** (что проведено во время приема, услуга в цифрах)

**Профилактика** (что проведено во время приема, услуга в цифрах)

**Комментарии** (информация по пациентке, кратко ее история, что проводилось, на что направлена была помощь и др.)

# Бланк беседы с женщиной, направленной на ОАК

Дата: \_\_\_\_\_

Как вас зовут \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_

**Образование:** 1) Неполное среднее общее (9 кл); 2) среднее общее (11кл); 3) среднее профессиональное; 4) неоконч. высшее; 5) высшее; 6) ученая степень.

**Род занятий в настоящий момент:** 1) обучаюсь в общеобразовательной школе; 2) обучаюсь в колледже, техникуме, училище; 3) обучаюсь в ВУЗе; 4) работаю и обучаюсь заочно; 5) работаю; 6) иное \_\_\_\_\_

**Должность:** рабочий, служащий, специалист, руководитель, иное \_\_\_\_\_

## Семейное положение:

1) зарегистрированный брак (укажите стаж семейной жизни) \_\_\_\_\_

2) незарегистрированный брак, совместное проживание (укажите стаж совместной жизни) \_\_\_\_\_

устойчивые отношения без совместного проживания; 4) неустойчивые отношения с партнером; 5) одинока; 6) иное \_\_\_\_\_

**Есть ли дети?** \_\_\_\_\_ Если да, укажите их возраст и пол

**Ваши жилищные условия:** 1) собственная \_\_\_\_-комнатная квартира, дом;

2) совместное проживание с родственниками (укажите, с кем именно) \_\_\_\_\_ 3) собственная комната; 4) комната в общежитии; 5) съемное жилье; 6) иное \_\_\_\_\_

**Есть ли хронические заболевания? Какие?** \_\_\_\_\_

**Гинекологические заболевания и проблемы** \_\_\_\_\_

Срок беременности: \_\_\_\_\_

Эта беременность была планируемой или спонтанной? \_\_\_\_\_

Кто был инициатором \_\_\_\_\_

Вам известна причина сбора консилиума \_\_\_\_\_

Каково ваше мнение? \_\_\_\_\_

Представление о том, как консилиум проходит \_\_\_\_\_

Как отнеслись к беременности ближайшие родственники \_\_\_\_\_

Знают ли они о вашей проблеме (муж, родители, сестры) \_\_\_\_\_

Какие есть риски для вас? (что знаете о них?): \_\_\_\_\_

Какие есть риски для ребенка \_\_\_\_\_

Знают ли родственники об этих рисках? Какого они мнения? Что важно для них? И что вы об этом думаете \_\_\_\_\_

Что эта беременность значит для вас? \_\_\_\_\_

Что будет, если... \_\_\_\_\_

Примечание: \_\_\_\_\_

## **Протокол беседы с женщиной, направленной на областной акушерский консилиум**

ФИО:

Возраст:

Женщина настроена на прерывание/сохранение беременности.

### **I Когнитивный компонент**

- |   |               |
|---|---------------|
| 1. Понимание целей консилиума   | <i>да нет</i> |
| 2. Понимание диагноза   | <i>да нет</i> |
| 3. Сформулирована ли собств. позиция  | <i>да нет</i> |
| 4. Обоснование позиции  | <i>да нет</i> |
| 5. Рассматривает ли альтернативу занимаемой позиции                         | <i>да нет</i> |
| 6. Рассматривает последствия прерывания беременности: для себя / для семьи; |               |
| 7. сохранения беременности: для себя/для ребенка/для семьи.                 |               |

### **II Эмоционально-мотивационный компонент**

1. Преобладающий эмоциональный фон в ходе беседы: *пониженный; ровный; тревожный; неустойчивый; депрессивный; безразличный; повышенный; эйфоричный; конкретные эмоциональные особенности:*

---

2. Эмоциональное отношение к предстоящему консилиуму: *заинтересованное; безразличное; тревожное; настороженное, негативное; агрессивное; конкретные эмоциональные особенности* \_\_\_\_\_

---

3. Ценностно-смысловая нагрузка занимаемой позиции \_\_\_\_\_

---

### **III Социально-психологический компонент**

1. Особенности контакта: *вступает в контакт легко; вступает в контакт не сразу; отказывается от общения.*
2. Дает ответы на вопросы *да нет*
3. Сформулированы вопросы врачам *да нет*
4. Вероятная позиция относительно мнения врачей: *приспособление; компромисс; избегание; сотрудничество; конкуренция.*

**Заключение:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Рекомендации:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата:

Мед.психолог



**Консультация медицинского психолога**

Дата \_\_\_\_\_ МО \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Повод обращения \_\_\_\_\_

МСР: медико-биологические; социальные; социально-психологические; психологические \_\_\_\_\_

Оказанная МПП \_\_\_\_\_

Рекомендовано \_\_\_\_\_

I. Медико-психологическая помощь: индивидуальная/семейная консультация; психодиагностическое обследование; индивидуальная/групповая/семейная психокоррекция; психопрофилактика; психопросвещение; медико-социально-психологическое сопровождение

II. Специализированная медицинская помощь: консультация психиатра/психотерапевта, невролога, нарколога; иное \_\_\_\_\_

III. Социальная помощь: социально-бытовая; социально-медицинская; социально-психологическая; социально-педагогическая; социально-трудовая; социально-правовая; услуги в целях повышения коммуникативного потенциала; срочные социальные услуги \_\_\_\_\_

Социальная поддержка; социальное консультирование; социальное посредничество; медико-социальный патронаж; социальная профилактика; маршрутизация в ЦСПСиД/кризисный центр \_\_\_\_\_

Примечания:

Медицинский психолог:

Приложение № 31  
к Порядку оказания медицинской помощи  
по профилю «акушерство и гинекология  
(за исключением использования  
вспомогательных репродуктивных технологий)»,  
утв. приказом Министерства здравоохранения РФ  
от 1 ноября 2012 г. № 572н

**Правила организации деятельности  
Центра медико-социальной поддержки беременных женщин,  
оказавшихся в трудной жизненной ситуации**

1. Настоящие Правила регулируют порядок организации деятельности Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (далее — Центр).

2. Центр создается как структурное подразделение медицинской организации.

3. Центр оказывает медико-социальную помощь женщинам в период беременности и в послеродовом периоде.

4. Руководство Центром осуществляет руководитель.

5. Штатная численность Центра устанавливается руководителем медицинской организации в зависимости от объема проводимой работы с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно приложению № 32 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденному настоящим приказом.

6. Оснащение Центра осуществляется в соответствии со стандартом оснащения согласно приложению № 33 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденному настоящим приказом.

7. На должность руководителя Центра — врача-акушера-гинеколога назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н, а также Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере

здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н.

8. На должности врачей-специалистов Центра назначаются специалисты, соответствующие Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н, по соответствующим специальностям, а также Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н.

9. На должности медицинских работников со средним медицинским образованием Центра назначаются специалисты, соответствующие Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н.

10. Целью создания Центра является организация и координация работы кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций.

11. Центр осуществляет следующие функции:

разработка методических рекомендаций для специалистов по социальной работе и психологов женских консультаций и акушерских стационаров;

проведение тренингов со специалистами кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций;

организация «телефонов доверия»;

разработка сайта в сети Интернет, пропагандирующего позитивное отношение к родительству и позиционирующего результаты работы центра;

оказание содействия в предоставлении временного приюта в учреждениях социальной защиты (а также, в приютах, созданных общественными и религиозными объединениями), организации патронажа женщин, нуждающихся в медико-социальной помощи, реабилитации и поддержке;

анализ деятельности кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций на основе предоставленных отчетов;

создание необходимых условий для обеспечения максимально полной медико-психологической реабилитации и адаптации в обществе, семье;

привлечение различных государственных органов и общественных объединений к решению вопросов медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и координация их деятельности в этом направлении;

осуществление мероприятий по выявлению женщин групп риска по отказу от ребенка после родов;

организация консультирования по вопросам социальной защиты женщин разового или постоянного характера;

участие в формировании у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшего воспитания ребенка;

организация групп психологической поддержки женщин в период беременности с привлечением врачей-психотерапевтов.

12. Центр самостоятельно оказывает медико-социальные услуги женщинам, подвергшимся психофизическому насилию; потерявшим родных и близких (вдовы); имеющим детей-инвалидов; женщинам-инвалидам; одиноким матерям с несовершеннолетними детьми; несовершеннолетним матерям; несовершеннолетним и одиноким женщинам из неполных семей; находящимся в предразводной и послеразводной ситуации; находящимся в конфликте с семьей.

13. Центр осуществляет свою деятельность на основе взаимодействия с органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, образования, социальной защиты, с общественными организациями (объединениями), негосударственными фондами, традиционными конфессиями по реализации медико-социальных и психологических задач, направленных на сохранение и укрепление здоровья беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, включая превентивные меры по предупреждению абортот и отказов от новорожденных в роддомах.

14. Рекомендуемая структура Центра:

кабинеты:

врача-акушера-гинеколога;

врача-психотерапевта;

психолога;

специалиста по социальной работе;

юрисконсульта;

инспектора по труду.

Приложение № 32  
к Порядку оказания  
медицинской помощи по профилю  
«акушерство и гинекология  
(за исключением использования  
вспомогательных репродуктивных  
технологий)», утв. приказом  
Министерства здравоохранения РФ  
от 1 ноября 2012 г. № 572н

**Рекомендуемые штатные нормативы  
Центра медико-социальной поддержки беременных женщин,  
оказавшихся в трудной жизненной ситуации\***

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование должностей</b>	<b>Количество должностей</b>
1.	Руководитель Центра — врач-акушер-гинеколог	1 должность
2.	Врач-психотерапевт	1 должность
3.	Психолог (медицинский психолог)	1 должность
4.	Психолог (телефона доверия)	1 должность
5.	Специалист по социальной работе	1 должность
6.	Юрист	1 должность
7.	Инструктор по труду	1 должность
8.	Медицинская сестра	1 должность
9.	Программист	1 должность

---

\* Нормативы не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

Приложение № 33

к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н

**Стандарт оснащения  
Центра медико-социальной поддержки беременных женщин,  
оказавшихся в трудной жизненной ситуации**

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование*</b>
1.	Рабочее место врача
2.	Рабочее место медицинской сестры
3.	Персональный компьютер с принтером и программным обеспечением для психологического тестирования
4.	Аппарат для измерения артериального давления
5.	Стетофонендоскоп
6.	Кушетка медицинская
7.	Кушетка психоаналитическая (кресло функциональное)
8.	Кресло психотерапевтическое
9.	Стул полумягкий
10.	Журнальный столик
11.	Секундомер
12.	Аудиокомплекс
13.	Экспериментально-психологические методики лицензионные
14.	Тумба для аудиоаппаратуры
15.	Комплекс реабилитационный психофизиологический для тренинга с биологической обратной связью
16.	Оборудование для комнаты психоэмоциональной разгрузки (сенсорной комнаты): Сенсорный уголок Интерактивная панель Прибор динамической заливки света Световая каскадирующая труба Ультрафиолетовое оборудование и аксессуары
17.	Наборы приспособлений и оборудования для проведения фильмотерапии (экран, проектор, набор фильмов)
18.	Наборы приспособлений и оборудования для проведения музыкотерапии (музыкальный центр, наушники)
19.	Наборы приспособлений и оборудования для проведения арттерапии (включая стол, складные кресла)
20.	Маты напольные и подголовники для групповых занятий.
21.	Облучатель бактерицидный (лампа)

**Положение**  
**об организации деятельности медицинского психолога,**  
**участвующего в оказании психотерапевтической помощи**  
(утв. приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438)

**1. Общие положения**

1.1. Медицинский психолог, работающий в учреждении здравоохранения, оказывающем психотерапевтическую помощь, специалист с высшим психологическим образованием по специальности клиническая психология либо специалист с другим высшим психологическим образованием, прошедший профессиональную переподготовку по клинической (медицинской) психологии в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию.

1.2. В своей работе руководствуйся Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 19.08.1993, N 33, ст.1318), Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», иными нормативными правовыми актами по вопросам здравоохранения и настоящим Положением.

1.3. Подчиняется руководителю учреждения и соответствующего структурного подразделения. Назначается и увольняется в соответствии с действующим законодательством.

**2. Функции и задачи**

2.1. Самостоятельно осуществляет прием пациентов в соответствии с индивидуальной программой их ведения, утвержденной лечащим врачом. Проводит необходимые психодиагностические, психокоррекционные, реабилитационные и психопрофилактические мероприятия, а также участвует в проведении психотерапии и мероприятиях по психологическому обеспечению лечебно-диагностического процесса. При необходимости прибегает к помощи лечащего врача и консультанта по психодиагностической и психокоррекционной (психотерапевтической) работе.

2.2. Участвует в оформлении медицинской документации установленного образца.

2.3. В установленном порядке повышает свою квалификацию по клинической психологии на циклах усовершенствования в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию.

2.4. Внедряет в практику современные методы клинической психологии.

2.5. Принимает участие в работе бригады специалистов, оказывающей психотерапевтическую помощь, разборах клинических случаев, совещаниях, научно-практических конференциях, осуществлении психолого-психиатрической и психологической экспертизы.

2.6. Наряду с обязательной базовой и дополнительной профессиональной подготовкой по клинической психологии, может получать в рамках компетенции национальных и международных профессиональных организаций общественную аккредитацию и общественный профессиональный статус.

2.7. Проводит в установленном порядке экспертизу качества клинико-психологической помощи.

## Приложение 8

### **Показания для направления женщины к психологу в разных подразделениях ПЦ**

#### ***Консультативно-диагностическое отделение***

##### **I. Нарушения психоэмоционального состояния женщины**

(слезы, страхи, вспышки агрессии, подавленное состояние на приеме, постоянное беспокойство, тревожность о собственном состоянии или состоянии плода, женщина равнодушна и не заинтересована беременностью, будущим ребенком)

- Отягощенный акушерский анамнез, нарушающий психо-эмоциональное состояние женщины (выкидыши, аборт, перинатальные потери, преждевременные роды)

- Назначено плановое досрочное родоразрешение

- ВПР и хромосомные нарушения плода

- Женщина, столкнувшаяся с гибелью или смертельной болезнью близкого родственника

##### **II. Социальное неблагополучие женщины (семьи)**

- Подозрение или наличие психического нарушения у беременной

- Отсутствие жилья, средств для существования (бомжи, беженцы, мигранты и т.д.), алкоголизация, наркомания и т.д.

- ТЖС (женщины — жертвы физического, психологического и др. насилия, семейные конфликты, предразводное или постразводное состояние)



- Инвалидность и/или пороки у женщины
- Несовершеннолетие беременные
- Намерение или заявленный отказ беременной женщины от ребенка

**III. Областной акушерский консилиум** (репродуктивный выбор на ранних и на поздних сроках)

### ***Отделение патологии новорожденных***

- Тревожное и/или депрессивное состояние матери (подавленность, плаксивость, тревожность, конфликтность в отношении с родственниками, с медперсоналом и др.)
- Матери, не включающиеся в лечебный процесс (не интересуется динамикой состояния ребенка, не следует назначениям врача, отказывается от госпитализации)
- Женщина равнодушна, не заинтересована, не ориентирована на потребности ребенка, отказывается от грудного вскармливания без веских на то причин
- Социальное неблагополучие, отсутствие поддержки со стороны семьи

### ***Акушерское отделение дородовой госпитализации***

- Пациентка не готова к сроку и способу родоразрешения (конфликтность, страхи)
- Пациентка, столкнувшаяся с антенатальной гибелью плода, ожидающая родоразрешения
- Угроза преждевременных родов (пролабирование плодного пузыря, подтекание вод и др.)
- Пациентка с неустойчивым психоэмоциональным состоянием (слезы, страхи, вспышки агрессии, подавленное состояние, постоянное беспокойство, тревожность о собственном состоянии или состоянии плода, женщина равнодушна и не заинтересована беременностью, будущим ребенком)
- Подозрение или наличие психического нарушения
- Социальное неблагополучие, отсутствие поддержки со стороны семьи

### ***Акушерское наблюдационное отделение***

- Перинатальные потери (антенатальная, интранатальная гибель, ранняя неонатальная смертность)
- Удаление матки, или операционное вмешательство, которое может привести к нарушению репродуктивного здоровья
- Пациентки, оказавшиеся в палатах раздельного пребывания в виду состояния здоровья новорожденных (преждевременные роды, наличие ВПР, травматизация во время родов)

- Подозрение или наличие психического нарушения
- Отказ от ребенка
- Пациентки, оказывающие ненадлежащий уход за ребенком (отказ кормить грудью, незаинтересованность, попустительское отношение к ребенку)
- Пациентки с эмоциональными нарушениями в послеродовом периоде (подавленность, плаксивость, тревожность, конфликтность в отношении с медперсоналом и др.)
- Социальное неблагополучие, отсутствие поддержки со стороны семьи

### ***Родовое отделение***

- Пациентка, столкнувшаяся с антенатальной гибелью плода, ожидающая родоразрешения
- Угроза преждевременных родов (пролабирование плодного пузыря, подтекание вод и др.)
- Отказ женщины от госпитализации

### ***Отделение детской реанимации и отделение патологии новорожденных и недоношенных детей***

- Неонатальная гибель
- Отказ от ребенка
- Тревожное и/или депрессивное состояние матери (подавленность, плаксивость, тревожность, конфликтность в отношении с родственниками, с медперсоналом и др.)
- Женщина равнодушна, не заинтересована, не ориентирована на потребности ребенка, отказывается от грудного вскармливания без веских на то причин
- Социальное неблагополучие, отсутствие поддержки со стороны семьи

**ПРОФИЛАКТИКА**  
**отказов от новорожденных детей в системе**  
**родовспоможения Свердловской области**

*Для медицинских работников, клинических психологов  
сферы родовспоможения, специалистов по социальной работе  
и юристов Перинатальных Центров и женских консультаций*

### **Авторы-составители:**

**Ицкович М.М.** – кандидат психологических наук., доцент кафедры общей и социальной психологии Уральского федерального университета; организатор медико-социальной службы по охране материнства и детства Министерства здравоохранения Свердловской области.

**Ярославцева Т.Г.** – врач-психотерапевт, действительный член ППЛ, руководитель Центра Кризисной беременности ЕКПЦ.

**Хакимова Н.Д.** — клинический психолог Научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья матери и ребенка по Свердловской области; сертифицированный гештальт-терапевт; педагог-психолог; семейный консультант.

### **Внешние рецензенты:**

**Зильбер Н.А.** – начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области.

**Перцель М.Г.** – психотерапевт, главный врач клинки неврозов «Сосновый бор», главный внештатный психотерапевт Свердловской области.

### **Внутренние рецензенты:**

**Макарова А.Д.** – клинический психолог, руководитель Научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья матери и ребенка по Свердловской области,

## ВВЕДЕНИЕ

Система защиты детства объединяет деятельность различных структур и ведомств, негосударственных организаций на федеральном, региональном и местном уровне. Одним из ключевых показателей ее результативности является уровень социального сиротства.

Профилактика социального сиротства определена Российской Федерацией в качестве одного из приоритетных направлений социальной политики, главная цель которой — реализация права ребенка воспитываться в семье, прежде всего, кровной.

Обеспечению такого права должно служить создание эффективной системы работы с семьями и детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации. В настоящее время меры государственной поддержки семей с детьми становятся более системными: реализован ряд национальных проектов, ежегодно индексируются размеры социальных пособий и единоразовых выплат с учетом инфляции, материнский капитал, развивается инфраструктура социальных услуг.

Однако положение детей, находящихся в трудной жизненной ситуации остается предметом особой заботы, как органов власти Российской Федерации, так и общественности. Обеспокоенность государства и гражданского общества обусловлена такими факторами как высокий уровень семейного неблагополучия и лишения родительских прав, жестокое обращение с детьми, нарушение прав и законных интересов ребенка, межведомственные барьеры при определении зон ответственности и порядка действий, отсутствие нормативного закрепления раннего выявления нарушения прав детей.

Одной из причин социального сиротства в современной России остаются ранние отказы от новорожденных детей. По данным Минздрава, количество детей, от которых отказались в роддомах, снизилось почти на 20% — так, в 2014 году было зарегистрировано 4675 случаев, а в 2015 году, уже 3783 случая. В городе Екатеринбурге количество отказов также имеет тенденцию к уменьшению, в 2016 году в родильных домах было зафиксировано 55 отказов, что почти в пять раз меньше, чем в 2004 году — 256 случаев. Снижение числа отказов связано как с ростом профессионализма и приобретением опыта специалистами, работающими с семьями, отказывающимися от новорожденных, так и с корреляцией общих показателей рождаемости.

Согласно данным научных исследований, у детей, оставленных после рождения в больничных стационарах, развивается депривация, как реакция на изоляцию от матери. Как следствие у таких детей возникают проблемы физического здоровья и психического развития. Это так же негативно влияет на всю семейную систему, как правило семьи, потерявшие детей вследствие изъятия или отказа, приходят в дальнейшем к серьезной социальной деградации, эффективность процесса реабилитации таких семей минимальна. В случае успешного вмешательства и сохранения ребенка, семьи более успешно реабилитируются и способны стать полноценными членами общества. В связи с этим обретает особая важность деятельность по социальной профилактике отказов от новорожденных детей. Роль социальной работы в профилактике отказов от новорожденных детей определяется тем, что она выступает фактором социальной стабильности и социального благополучия. В России профилактическое направление деятельности по предупреждению ранних отказов уже получило нормативное и методическое закрепление в ряде регионов и успешно используется учреждениями здравоохранения, образования, социальной защиты и общественными организациями.

Количество «отказников», находящихся в лечебных учреждениях постепенно снижается. Дети, от которых отказываются в роддоме, теперь не лежат в детских больницах месяцами, как это было раньше. В этом заслуга медиков, юристов больниц, специалистов органов опеки, специалистов НКО и тех, кто усыновляет этих детей. Несколько лет назад была острая необходимость в волонтерах, которые заботились об отказных новорожденных малышах. На сегодняшний день основными «пациентами» палат для отказников стали не грудные младенцы, а дети, которые попали в больницу из семей по социальным показаниям, или дети которые находятся на попечении государственных учреждений.

## **Нормативно-правовые документы**

Обеспечение деятельности в сфере профилактики отказов от новорожденных регулируется следующими нормативно-правовыми документами:

- Конвенция ООН о правах ребенка;
- Семейный кодекс РФ;
- Федеральный закон от 24 июня 1999 года №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»;

- Федеральный закон от 24 апреля 2008 года №48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»;
- Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» №124-ФЗ от 24 июля 1998 года»;
- Федеральный закон РФ от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных»;
- Постановления Правительства Свердловской области от 24.03.2011 № 309-ПП «Об утверждении региональной программы модернизации здравоохранения Свердловской области на 2011 — 2012 годы»;
- Приказ от 27 декабря 2011 г. № 1575-п Министерства Здравоохранения Свердловской области об организации Центров медико-социальной поддержки беременным, находящимся в трудной жизненной ситуации (Центры кризисной беременности);
- Приказ министерства здравоохранения о внесении изменений Свердловской области от 27.12.2011 № 1575-п «Об организации центров медико-социальной поддержки беременным, находящимся в трудной жизненной ситуации (центры кризисной беременности)» Приказ Минздрава Свердловской области от 08.02.2013 № 131-п;
- Деятельность медицинских — психологов на территории Областного Перинатального Центра основывается на Договоре о сотрудничестве ГАУЗ СО «ОДГБ №1» и ГКОУ СО «Школа — интернат №17» по вопросу проведения психологической деятельности на базе больницы «Научно-методическим образовательным центром по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации» от 13.12.2016 г.

## **Специфика работы по профилактике отказов в НКО и Государственных учреждениях**

Работа по профилактике отказов от новорожденных на территории роддомов в г. Екатеринбурге ведётся достаточно давно. Пионером в этой деятельности выступила Свердловская общественная организация «Аистенок», начавшая свою деятельность с 2004 г. Надо отметить, что специалисты «Аистенка» одни из первых на территории РФ начали профилактику отказов от новорожденных детей. К тому времени была налажена работа с одним из Роддомов города, где у руководителей было понимание того, что перед согласием женщины на усыновле-

ние, ее рождённого ребенка, (а фактически отказа от ребенка), ей необходимо поговорить со специалистом, работающим в сфере отказов от новорождённых детей. В связи с тем, что деятельность была новой, неизвестной, было много не состыковок и непонимания. Вызов специалиста, при выявленном отказе от новорожденного происходил на усмотрение медицинского персонала или юриста больницы, т.к не был обязательной процедурой.

Нередко нужность\ненужность вызова специалиста происходила по внешней оценке женщины, а не по ее жизненной ситуации, и тем более не по ее внутреннему эмоциональному состоянию. Надо отметить, что работа по профилактике отказов от новорожденных детей была построенна на активности, вовлеченности, инициативе и желании помочь, небезразличных людей, нежели регламентирована какими либо алгоритмами, схемами работы, приказами вышестоящих организаций или людей. Вернее сказать схема реагирования на случай была: женщина озвучивала врачу или акушерке о том, что она не хочет забирать ребенка из роддома, и готова написать отказ от него. Медперсонал в свою очередь, как это и было ранее, сообщали в юридический отдел ГЦБ, приходил юрист и брал с женщины отказ от новорожденного ребенка (сейчас это согласие на усыновление ребенка) и на этом женщина была свободна. Нередкими были случаи, когда женщина ни говоря медперсоналу ничего, скрывалась в коридорах и подземных переходах огромной больницы. После этого ее уже никто не видел, а малыш как эстафетная палочка переходил из одного государственного учреждения в другое, и в некоторых лечебных учреждениях задерживался годами, не имея медицинских показаний для госпитализации, а только потому, что он оказался не нужен своим близким людям. Работа по профилактике отказа проводилась стихийно, кто мог, хотел или имел возможность поговорить с женщиной, разговаривали. Это могли быть врачи, медсестры, акушерки, санитарки или работники пищеблока, все кто считал важным вразумить женщину. В ход шли разные способы, уговоры, упрашивания, запугивание (Бог накажет), унижения, оскорбления, желание вызвать чувство вины и стыда у женщины. Понятно, что данные средства не помогали, а скорее усугубляли ситуацию, женщина все больше закрывалась, отдалялась, а по возможности могла самовольно покинуть роддом, не оформив нужные документы. Подобные случаи, когда ребенок просто оставлялся в роддоме без документов, причислялся к статусу «подкидыша», что значительно затягивало сроки его дальнейшего жизнеустройства в приемную се-



мью. Вполне возможно, что в некоторых отдаленных регионах, вдали от больших мегаполисов и на сегодня ситуация особо не поменялась, подобная схема работает как и прежде.

На сегодняшний день все структуры, работающие по профилактике раннего социального сиротства, осознают значимость междисциплинарного взаимодействия. Работа государственных учреждений требует четкого алгоритма и структуры, специалисты работают в соответствии с должностными инструкциями, внутренними положениями деятельности, иерархичной структурой в коллективе. Есть свои минусы, в том, что существует ограниченность материально-вещевых ресурсов, отсутствием приютов для женщин с детьми, что затрудняет решение многих вопросов в разрешении трудной жизненной ситуации женщины и требует межведомственного взаимодействия специалистов, в том числе с территориальными НКО.

### **Депривация ребенка**

Оставление ребенка сразу после его рождения представляется наиболее неблагоприятным фактором для ребенка, т.к. именно в младенческом возрасте темпы развития ребенка самые высокие. В этот период ребенок приобретает наибольшее число знаний, навыков, а поступающая информация работает на увеличение и усложнение структуры мозга, создавая базу для дальнейшего развития ребенка и во многом определяя его. В этот период требуется постоянное пребывание рядом с младенцем близкого человека, который бы находился с ним в эмоциональном контакте.

Отказной ребенок, в большинстве случаев вынужден несколько месяцев провести в государственных учреждениях, без присутствия близкого взрослого, который был бы с ними рядом, удовлетворял бы его потребности, обеспечивал безопасность и защиту. От этих простых действий взрослого зависит то, какая картина мира сложится у малыша, как он будет адаптироваться в социуме и насколько сможет устанавливать близкие межличностные контакты по жизни. Ребенок раннего возраста находящийся в стационаре, без прогулок, без ярких положительных событий, без общения, без ласковых прикосновений близкого человека — отстает в развитии от своих сверстников, живущих в семье. Он находится в состоянии глубокой депрессии со снижением всех витальных функций и уровня физического здоровья. Одиночество в младенчестве приводит к возникновению депривации, чем дольше в этом

малыш находится, тем необратимее процессы разрушения психики и невозможность возврата к естественному развитию.

Эмоциональная привязанность к матери является важнейшим психологическим «приобретением» младенческого возраста. От нее напрямую зависит гармоничное развитие личности ребенка, его интеллектуальное, эмоциональное, социальное развитие.

Это было доказано американским психологом Ю. Бронфенбреннер в 1969 в следующем исследовании. Были взяты две группы умственно отсталых детей по 13 человек, рожденные от умственно отсталых матерей. Одна группа детей были размещены в учреждение, где находились женщины с умственной отсталостью, вторая группа была передана в приют, по классической схеме передачи детей в государственное учреждение. Умственно отсталые приемные мамы проявляли большую заинтересованность в детях: проводили с ними много времени, играли, разговаривали, обучали простым вещам, предоставляли возможность ребенку проявлять себя. По окончании эксперимента, через полтора года коэффициент умственного развития детей первой группы вырос в среднем на 28 баллов, а в контрольной группе снизился в среднем на 26. Всех детей, воспитывающихся умственно отсталыми женщинами, усыновили психически полноценные родители. Через тридцать лет анкетирование выявило, сто 11 детей из 13 окончили среднюю школу, а четверо даже учились в колледже, все стали самостоятельными и неплохо адаптированными к жизни людьми. В контрольной группе многие к этому времени уже умерли, а остальные находились в учреждении для умственно отсталых людей.

Полученные результаты объясняются в первую очередь тем, что каждый ребенок экспериментальной группы чувствовал себя любимым и необходимым конкретной женщине.

Все исследования данного вопроса, по своим результатам, сходятся в том, что в наибольшей степени от потери объекта привязанности страдают эмоциональная и волевая сфера развития психики ребенка. Наиболее тяжелые последствия наблюдаются у детей, перенесших материнскую депривацию на первом году жизни. Наблюдая за детьми, взятыми в приемные семьи, можно увидеть, что большинство из них существенно продвигаются в физическом, в умственном и социальном развитии, но при этом они могут проявлять «отсутствие надежной привязанности» к близкому окружению. Это может проявляться в том, например, что они охотно проявляют доверие и близость по отношению

к чужим людям, могут легко уходить из дома с незнакомцами. Этот феномен рассматривается как симптом личностных нарушений.

Изучая поведение привязанности в группах детей-сирот, Дж. Боулби приходит к выводу, что среди них нет тех, кто нормально перенес сепарацию (отделение от матери). Исследователь выделяет три стадии нарушенной сепарации, которые можно наблюдать в случае преждевременной разлуки ребенка с матерью:

1. Протест, плач;
2. Отчаяние, чувство безнадежности, безучастности, апатии;
3. Ребенок начинает себя вести так, как будто он не узнает свою

мать.

По наблюдениям Дж. Боулби уже шестимесячный ребенок в первый месяц разлуки плачет, требует мать и ищет того, кто может ее заменить. На втором месяце разлуки, малыш демонстрирует реакцию избегания: кричит, когда в случае если к нему приближается кто то из взрослых, на третьем месяце — ребенок не устанавливает контакт со взрослым, отворачивается не реагирует на предложения поиграть, механически выполняет манипуляции с игрушками, эмоционально не включаясь.

Обобщая материалы своих многолетних исследований Боулби высказал предположение что долговременная разлука с матерью в первые годы жизни ребенка приводит, как правило, к нарушению психического здоровья ребенка и оказывает влияние на весь дальнейший ход его личностного развития.

Привязанность является естественным и необходимым процессом, служащим для формирования у ребенка базовых моделей отношений с миром. Основы привязанности в младенчестве и раннем детстве, имевшие место у матери — отказницы, могут стать причиной глубоких нарушений ее поведения по отношению к ребенку, ведущих к формированию у него искаженной незащищенной привязанности. Таким образом, мы понимаем, что привязанность — это не только естественный, но и личностно, психологически и социально обусловленный процесс. Характер привязанности оказывает влияние на физическое, психическое и интеллектуальное развитие ребенка. Ряд глубоких нарушений, допущенных в течении первого года жизни, вызывает стойкие паттерны поведения, не поддающиеся коррекции, и может лечь в основу личностных расстройств в зрелом возрасте.

Ключевые факторы, вызывающие нарушения привязанности:

- Разлучение ребенка с матерью (близким взрослым) в период младенчества — до образования тесной эмоциональной связи;
- Разрыв уже сформированной эмоциональной связи с матерью (разлука в период раннего детства);
- Пассивное реагирование матери на потребности младенца, игнорирование его требований, эмоциональное отвержение;
- Неадекватное отношение близких взрослых — эмоциональная нестабильность, истерические «скачки» от ласки к агрессии;
- Жестокое обращение, насилие со стороны взрослых, подкрепление беззащитности ребенка;
- Гиперконтроль, повышенная требовательность к ребенку, жестокое ограничение его спонтанных потребностей.

## **Психологические аспекты вынашивания беременности**

### **Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности**

Брутман В.И., Радионова М.С.

Феномен привязанности (attachment) матери и ребенка в последние годы находится в центре внимания исследователей. Ему придается большое значение в формировании эффективного материнского поведения, в приспособлении ребенка к окружающему миру, в его гармоничном развитии. Среди исследований, посвященных этой теме можно выделить два основных направления: сравнительно-этологическое и психоаналитическое.

В рамках этологического направления привязанность рассматривается как врожденный биопсихический механизм, объединяющий большинство видов животных с человеком (J.Bowlby, M.D.Ainsworth, D.№.Stern, M.Hubert, К.Лоренц и др.). Дж. Боулби считал привязанность первично специфической системой, смысл которой в поддержании взаимодействия между матерью и младенцем, необходимом для его выживания и развития. Первым шагом к привязанности по данным многих авторов является установление связи в результате ранних контактов в течение первых часов после рождения. Kreisler (1981, 1987) показал насколько психосоматическое равновесие ребенка тесно связано с эмоциональным контактом с матерью. Ее поведение при этом рассма-

тривается как ответное и комплиментарное врожденному репертуару поведения младенца (D.Stern,1977). Как любой акт социального поведения, имеющий принципиальное значение для выживания вида, поведение привязанности имеет специфические селективные и пусковые механизмы: морфологические черты, особые запахи, движения и позы. Специфически человеческим стимулом считается улыбка младенца (R.Spits). Более филогенетически древним, но не менее значимым для возникновения привязанности является обонятельная стимуляция (Montagner et al., 1974, Engen et al, 1965, Steiner, 1979), наряду с визуальными сигналами, тактильной стимуляцией при сосании, акустической. В работах этого направления анализируется, как влияет синхронность взаимодействия в диаде «мать-дитя» и личностные качества матери на качество привязанности ребенка и ее прочность.

В отличие от этологов, которых преимущественно интересовали взаимодействия ребенка и матери в послеродовой период, психоаналитически ориентированные исследователи сместили фокус своих интересов на психическую историю самой матери и период ее беременности, дополняя объективные исследования привязанности концепцией их «фантазматического» (воображаемого, фантазийного) взаимодействия. Они сконцентрировали внимание на значении формирования образов ребенка, в воображении будущей матери, в принятии ею своего новорожденного ребенка. Роли фантазий беременных в настройке «материнского инстинкта» посвящены исследования, Deutsch, 1944; Bibring et al, 1961; D.Pines, 1972; S.Lebovici, 1990, C.Bonnet, 1992; Savatie 1992. Было обнаружено, что фантазии матери относительно беременности и ребенка могут вызывать дисфункцию отношений в диаде, нарушая нормальную привязанность. Отношения матери с ребенком определяются ее собственной историей до и после рождения. Так, по мнению D.Pine, внутренние конфликты и тревоги, относящиеся к прошлым стадиям развития, оживают в данной кризисной точке человеческой жизни (беременности) и воздействуют на реальный образ ребенка. Эти конфликты могут включать как положительные, так и отрицательные проявления как своей личности своего «эго», так и партнера женщины, включать продолжение амбивалентных взаимоотношений с ее родителями и сиблингами (братьями и сестрами) (Deutsch, 1944; Bibring et al, 1961). Отсюда следует — для того чтобы могло сформироваться чувство привязанности к ребенку женщина должна во время беременности интегрировать реальность и подсознательные фантазии, надежды и мечтания, относящиеся к ребенку (Pines, 1972).

Итак, с психоаналитических позиций, чувство привязанности матери к ребенку возникает не вдруг — после его рождения, а проходит длительный путь становления, начиная с периода вынашивания беременности, (а возможно и раньше), и продолжается уже после родов, в тесном контакте с ребенком. Таким образом, психоаналитическое направление исследований выводит проблему привязанности в «чисто человеческий план».

Анализируя научную литературу, авторы исследования не нашли работ, в которых ставился бы вопрос о связи между содержанием переживаний (фантазиями беременных) и физиологическими (инстинктивными) механизмами, лежащих в основе материнской привязанности к ребенку. Поводом к постановке вопроса в такой плоскости стал анализ их многолетних исследований психологических особенностей вынашивания желанной и нежеланной беременности, который указывает на важную роль телесных ощущений беременных и эмоциональных реакций в формировании привязанности женщин к своему ребенку.

Под наблюдением исследователей оказалось 169 первородящих женщин в возрасте от 15 до 29 лет из социально неблагополучных групп населения. Подавляющее большинство из них (84%) были одиночками и рожали в безбрачии, 91% не имели собственного жилья и проживали в родительских семьях; 69% женщин относили себя к бедным и малоимущим слоям населения, 72% не работали и находились на иждивении у родственников, мужей, сожителей. Из этого числа 54 женщины считали свою беременность желанной и сохранили материнство, остальные 115 отказались от ребенка сразу в родильном доме. Эта группа «отказниц» была принята исследователями как верифицированная модель нежеланной беременности. Высокий удельный вес «отказниц» в исследуемом материале связан с особенностями выборки.

Сначала остановимся на характере телесных ощущений и эмоциональных реакций у женщин, вынашивающих желанную беременность.

Как известно, одним из главных новообразований периода беременности у женщин является возникновение интрацептивного сенсорного опыта взаимодействия с плодом. Формирование этого опыта связано с тем, что, начиная со второй ее половины беременности, у всех женщин возникают естественные ощущения, непосредственно связанные с движениями формирующегося плода. Обычно, женщины субъективно выделяют эти ощущения и сразу отличают их. Они подчеркивают их необычность, несравнимость ни с какими иными, ранее пережитыми телесными феноменами. Описывая эти естественные ощущения

женщины, обычно прибегают к чрезвычайно образным сравнениям. Это особенно акцентировано в первое время, пока плод еще мал. Пытаясь передать свои ощущения, беременные рассказывают, как в начале они испытывают очень смутные, слабые, плохо локализованные «толчки», «неотчетливые перемещения». Для сравнения они используют, соответствующие своему настроению, метафоры: «как будто рыбка проплыла», «теплые волны», «мягкие прикосновения», «как будто слегка прикоснулся», «мягко зашевелился» и пр. Ощущения, которые испытывает беременная, обычно эмоционально окрашены в приятные тона. Беременные женщины рассказывают, как они постоянно «прислушиваются», с нетерпением «ждут» этих сигналов, наделяют их важным смыслом, как бы «медитируют» на этих ощущениях. Периодически возникающие шевеления оживляют у них поток фантазий, связанных с ребенком и будущим материнством.

В последующем, по мере роста плода, чувственный компонент этих ощущений становится более ярким, приобретает оттенок предметности. Женщины переживают «отчетливые толчки», «перевороты», «бьется», «толкается». Беременные в этот период обычно начинают трактовать поведение будущего младенца: «проснулся...», «он маму тревожит...», «шалит...» и пр. Можно видеть, как наделенная смыслом беременность воодушевляет будущую мать, создает соответствующий аффективный фон, которым она одухотворяет своего будущего младенца. Поэтому в их переживаниях его присутствие вызывает чувство нежности, окрашивается в теплые эмоциональные тона. Для выражения своих чувств, как правило, используются уменьшительно-ласкательные суффиксы: «мой маленький», «крошечка», «зайчик» и пр. Мысли о нем вызывают улыбку. Некоторые женщины бывают настолько захвачены, погружены в эти переживания, что в их поведении также начинают появляться черты детскости. Они становятся более сенситивными и внушаемыми, беспомощными и размягченными. Как пишет D.Pines, «... рациональность отступает и даже самые образованные, вступают в магический мир детства.»(D.Pines, 1990). Как считают исследователи, в этот период беременности обычно возникает внутренний диалог матери с ребенком. Формирующееся во время беременности особое эмоциональное состояние, способствует протраиванию образа ребенка и, как свидетельствуют исследования Копыл, Баз, Баженовой (1994), включается в ее самосознание.

Однако, в процессе развития даже самой желанной и осмысленной беременности у женщин имеются условия для возникновения

целого ряда негативных изменений эмоциональной сфере. На физиологическом уровне эта тенденция связана с появлением ряда вполне естественных эндокринно-соматических и психофизиологических изменений в организме беременной женщины. На смысловом уровне этому соответствует ряд негативных тенденций. Здесь и опасения и страхи, связанные с предстоящими родами, доходящие иногда до паники — «вынесу ли я роды?»; и неуверенность в своих способностях родить и стать «полноценной» матерью; и страх за здоровье и судьбу будущего ребенка, обеспокоенность перед ухудшением материального благополучия своей семьи, перед возможным ущемлением личной свободы, и наконец переживания своей телесной метаморфозы и, связанной с этим переживания своей сексуальной непривлекательности. Оба этих противоположных психологических плана развиваются одновременно и, как показывают наши наблюдения, даже самая желанная беременность прокрашивается особым двойственным, противоречивым, «бинарным», по Л.С. Выготскому, аффектом, в котором одновременно сосуществуют радость, оптимизм и надежда, и — настороженное ожидание, страх, и печаль.

Этот амбивалентный комплекс зарождается уже на самом раннем этапе, когда женщина вынуждена решать вопрос сохранять или прерывать беременность. По мере осознания беременной своего нового качества в ее сознании высвечиваются лишь отдельные и всякий раз определенные грани этого комплекса, изменяя сознание и самосознание женщины, включая в него новые образы, мотивы.

Своего апогея амбивалентный аффективный фон достигает в момент деторождения, а его сила и острота переживаний доходит до экзистенциального уровня. В этот момент (и это особенно выражено у первородящих) болезненные схватки и потуги в чувственно-эмоциональном плане прокрашены радостным нетерпением, ожиданием, восторгом свершения. Перефразируя Л.С. Выгодского можно сказать, что роды, как и творческий экстаз «являются тем моментом, в котором объединяются оба противоположенных эмоциональных плана в одном акте, обнажая свою противоположность, доводя противоречия до апогея» и вместе с тем разряжая ту двойственность чувств, которая все время нарастала в течение беременности.

Родоразрешение, как правило, резко сдвигает всю тональность аффекта в одну сторону. Эмоциональное состояние родильницы окрашено блаженным чувством радости, успокоения, умиротворяющей



прострации. На лице сияет блаженная улыбка; женщины с восторгом всматриваются в лицо своего новорожденного ребенка.

Таким образом, в случае вынашивания желанной беременности шевеления плода возникают в естественных временных границах; переживаются как «естественные»; по мере увеличения плода ощущения становятся все более отчетливым, их ощутительный компонент из смутных протопатических трансформируется в более конкретный эпикритический, а чувственная сфера женщины приобретает амбивалентную эмоциональную тональность.

### **Субъективные переживания, связанные с нежеланной беременностью**

Анализ субъективных переживаний у женщин, вынашивающих нежеланную беременность показал, что их телесные симптомы и эмоциональные реакции имеют целый ряд принципиальных отличий от описанных выше. При всем многообразии индивидуальных различий удастся выявить общие черты и выделить два крайних варианта психологического статуса.

В первом случае происходит своеобразное «игнорирование» симптомов беременности, слабая эмоциональная реакция и искажение представления о сроках беременности.

Второй, как бы противоположенный вариант, характеризуется тем, что на всем протяжении беременности у женщин отмечается гиперчувствительность к телесным феноменам, аффективная напряженность, страх, депрессия. В первом случае всю беременность женщины чувствуют себя достаточно хорошо. Заметно реже, чем в случаях желанной беременности у них встречаются явления раннего токсикоза. Такая пониженная чувствительность сохраняется и по отношению к шевелениям плода.

В качестве примера приведем одно наблюдение.

*Лена, 17 лет, состоит в браке и имеет уже одного ребенка. Вторая беременность наступила через 1,5 года после первой и завершилась рождением доношенной девочки. В родильном доме женщина заявила об отказе от ребенка. Свое решение она объяснила тем, что беременность в отличие от первой была с самого начала неожиданной и нежеланной. Рассказала о том, что несмотря на то, что жила с мужем почти не предохранялась от беременности, исчезновение менструации на тот момент ни сколько не взволновало ее, т.к. она считала, что не*

*может забеременеть. Объясняла свое состояние тем, что ранее у нее неоднократно обнаруживали дисфункцию яичников. Осознание того, что беременна произошло только тогда, когда ощутила шевеления плода. Муж был категорически против появления еще одного ребенка, так как он потерял работу и не мог обеспечивать семью. В душе Елена также не хотела появления ребенка, но было стыдно отказываться от него. Особенно неудобно было перед матерью, которая уже знала о беременности. Также она поясняла, что не хотела ссориться с мужем, а уговаривать и даже обсуждать с ним эту проблему, считала бесполезным и бессмысленным делом. После непродолжительного периода растерянности, напряжения и озабоченности успокоилась, решила «не волновать себя раньше времени».*

*Все последующие месяцы, несмотря на быстрое прибавление в весе и заметное увеличение живота чувствовала себя бодрой, энергичной, совсем не ощущала усталости. Шевеления плода были очень слабыми, порой почти незаметными. Временами «...даже вроде забывала, что беременная...». Много работала, хлопотала о здоровье первой дочери, которая в это время часто болела простудными заболеваниями. Сохранилось и даже несколько усилилось сексуальное влечение.*

*Такое состояние, как отмечает женщина, резко отличалось от того, которое она испытывала, вынашивая первого — желанного ребенка. Тогда она постоянно недомогала, была сонливой и заторможенной, с самого начала и почти до окончания беременности была тошнота, негативная реакция на запахи.*

В описанном выше случае, отчетливо видно различие в переживаниях одной и той же женщины вынашивавшей сначала желанную, а затем нежеланную беременность. Обращает на себя внимание, что в случае нежеланной беременности у женщины, как и во многих сходных наблюдениях, формируется своеобразная гипотезия (снижение чувствительности) телесных проявлений беременности и соответствующая ей особое психологическое состояние, которое мы назвали «атиофориогнозия». Тиофория цеога (греч.) — беременность.

Как показывают наши наблюдения атиофориогнозия в «легких» случаях проявляется своеобразным «забыванием» беременности, игнорированием ее симптомов, порой и вопиющим искажением представлений о ее сроках. В более выраженных случаях женщины бывают вообще убеждены в отсутствии беременности даже при наличии ее выраженных признаков (отсутствие менструаций, нагрубание молочных желез, увеличение объема живота). Обычно в таких случаях (представленном выше)

они стремятся объяснить эти симптомы «логическими» доводами (заболеванием, «привычностью» нарушений менструального цикла и пр.).

В более выраженных случаях отрицается беременность при наличии безусловных ее признаков (шевеление плода). Так, одна повторно рожавшая женщина долго принимала шевеления плода за скопление газов в кишечнике. Она «лечила» себя, делая ежедневные клизмы. В литературе описаны случаи, когда женщины отрицали беременность даже после начала родовой деятельности (Pemberton, D.A., Bendy, D.K. 1973). Кроме того, по нашим наблюдениям, такие женщины обычно во что бы то ни стало стараются избежать медицинской диагностики беременности. В отличие от других беременных у них даже на поздних сроках не бывает естественной двигательной «успокоенности». Отсутствует ощущение двигательной неловкости, чрезмерности собственного веса. Более того, порой отмечается не соответствующая обстоятельствам некоторая приподнятость настроения, неадекватный оптимизм относительно будущего своего и своего брошенного ребенка (так, например, Лена успокаивала себя тем, что ее ребенка обязательно удочерят, и она попадет непременно в «хорошие руки»). Это так называемый эйфорический тип атиофориогнозии. По-видимому, в формировании данного состояния определенную роль играют механизмы защитного психологического вытеснения нежелательных переживаний.

Однако, не исключено и другое толкование феномена атиофориогнозии.

Второй, противоположенный, вариант психологического состояния при переживании нежеланной беременности характеризуется гиперергией (от греч. *hyper*—чрезмерно и *ergon*—действие) телесных симптомов, выраженной ригидностью негативного аффекта — страхом, депрессией.

В качестве примера — следующее наблюдение.

*Лиля С., 23 годы. Живет в незарегистрированном браке, имеет ребенка в возрасте 1 год 2 месяца. Первая беременность была желанная с нормальным развитием материнских чувств и установок, вторая — была прервана, а третья наступила случайно, через 3,5 месяца после медицинского аборта. Несмотря на то, что Лиля довольно рано обнаружила беременность, осознала ее крайнюю нежелательность и бесперспективность, но при этом оказалась недостаточно целенаправленной в достижении поставленной цели — прерывания беременности. Затянула с анализами, опоздала на консультацию, находила массу отвлекающих житейских обстоятельств. Когда об-*

*наружила, что все возможные сроки прерывания беременности уже прошли, стала обвинять мужа в том, что он не заставил ее во время сделать аборт, врачей в черствости и затягивании сроков обследования — «не вошли в положение...» и пр.*

*В первые месяцы беременности была крайне обидчивой, плаксивой. После начала шевеления нарастало чувство досады. Шевеления плода были неприятными, мешающими, болезненными. Плохо засыпала, т.к. не находила себе места от болезненных толчков в животе. Чтобы облегчить себе состояние ложилась на живот, прижимала его руками, стучала по нему ладонями, что бы прекратить шевеления. Часто просыпалась среди ночи от неприятных сновидений, в которых ребенок представлялся страшным и жалким одновременно. Для уменьшения болей в животе бесконтрольно принимала анальгетики. Несмотря на плохое самочувствие, врачей не посещала. Неоднократно (даже на поздних сроках) с целью прерывания беременности использовала лекарственные препараты, парилась в бане, чтобы прервать нежелательную беременность самопроизвольным выкидышем. Настроение было постоянно сниженным, временами тосливо-напряженным, испытывала чувство отвращения к будущему ребенку. Была, убеждена, что «такой ребенок просто не может быть здоровым ... нормальным».*

В данном случае отмечается, противоположенная первому случаю, картина телесно-эмоциональных феноменов, которые можно назвать термином «гиперпатия беременности». Шевеления плода у таких женщин, даже в самом начале сопровождаются резко негативными ощущениями и переживаниями. Далее, иногда вплоть до родов, сознание женщины наполнено поисками путей плодоизгнания. У некоторых нежеланная беременность на всем протяжении сопровождается глубоким чувством отвращения, брезгливости и даже ненависти к будущему ребенку, что порождает особо яркие, мучительные «инфантицидные фантазии», в которых она терзает и даже убивает своего будущего ребенка. Соответственно этому телесные симптомы беременности имеют негативную окраску. Толчки и шевеления плода бывают неприятными, подчеркнуто мешающими, чрезмерно болезненными. Их возникновение сопровождаются усилением общего психического напряжения, угнетающими фантазиями и воспоминаниями, связанными с беременностью и ситуацией вокруг нее.

Таким образом, в случаях вынашивания нежеланной беременности эмоциональные проявления женщин резко поляризованы. В одних

случаях это устойчивый негативный, депрессивный фон настроения, в других — эмоциональная не включенность, безразличие, иногда эйфория.

## **Причины отказов от новорожденных детей**

Причины отказов от новорожденных детей носят условный характер и указывают лишь на основной фактор, который мог подтолкнуть женщину к такому решению. К отказу матери от ребенка в большинстве случаев приводит комплекс социально-психологических, экономических и медико-психологических причин.

К социально-психологическим причинам относят социальное неблагополучие, несформированные навыки совладания со стрессами и заниженную самооценку, недостаточность навыков жизненного планирования и низкую мотивацию к изменению трудной жизненной ситуации, негативный семейный опыт ввиду отсутствия положительной модели семейного воспитания, отсутствие сети социальных контактов, а также страх остаться без поддержки близких людей.

Экономические причины включают трудное материальное положение, ненадлежащие жилищно-бытовые условия или отсутствие места проживания, нелегальное нахождение на территории РФ.

Медико-психологические причины проявляются в отсутствии информации о заболеваниях, врожденных пороках и их течении как ребенка, так и матери, страхе не воспитания ребенка с определенным заболеванием, отсутствии информации о возможных видах помощи для ребенка с особыми возможностями.

## **Частные причины отказов от новорожденных**

В большинстве случаев к отказу матери от ребенка приводит комплекс социальных и психологических причин. Поэтому в данном контексте понятие «причина отказа» носит несколько условный характер и указывает на основные факторы, которые подтолкнули женщину к отказу от новорожденного.

### **Социальное неблагополучие**

Чаще всего это является основной заявленной проблемой. Но при беседе с женщиной становится понятно, что это лишь фасад более глубоких семейных нарушений.

В случае если это является основной проблемой, то при решении этих сложностей женщина принимает помощь специалистов службы профилактики отказов, охотно соглашается на проживание в кризисном центре, принимает материальную помощь, делает все что бы сохранить ребенка рядом с собой.

Иногда женщина может быть настолько закрыта, что не удается определить истинную причину отказа, и на поверхности остается «У меня нет денег /жилья и я не могу заботиться о ребенке».

### **Зависимые женщины**

К этой категории относятся женщины имеющие алкогольную, наркотическую или химическую зависимость, в течении длительного времени. Некоторые из них могут находиться в активном употреблении, либо употребляют в течении беременности от случая к случаю. Бывают ситуации, когда женщина приезжает в учреждение родоразрешения в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, используя психоактивные вещества, как анестезию. Не редко женщина с зависимостью говорит, «я боюсь забирать этого ребенка, я же употребляла, когда была беременна, а вдруг он будет болен из-за этого, я не справлюсь». Таких женщин можно отнести к маргинальной категории граждан, так как к зависимостям может присоединяется бродяжничество, попрошайничество, хаотичные сексуальные связи.

#### ***Практика работы:***

- Если женщина живет в неблагополучной семье, но не страдает какой-либо формой зависимости, и сама желает сохранить ребенка в семье, самый распространенный способ сохранить малыша с матерью — это смена места жительства. Чаще всего мать с новорожденным ребенком переезжают к родственникам или в кризисное отделение для женщин в трудной жизненной ситуации, где ей помогают адаптироваться к новым условиям жизни.

Также существует практика длительной и глубокой реабилитации без разрыва семейных связей. Тогда в процессе реабилитации участвует вся семья.

- Если женщина страдает какой-либо формой зависимости, то сохранять ребенка в семье крайне не безопасно. Однако если женщина заинтересована в сохранении ребенка в семье и при этом сама готова пройти лечение в наркологической клинике с последующим кодированием, то ей предоставляется эта возможность. Такая семья обязательно

должна сопровождаться после воссоединения с ребенком, т.к. риск рецидива у матери высок.

Необходимо сохранять объективность всей этой ситуации и понимать, что кардинально изменить образ жизни асоциальных и зависимых женщин зачастую не представляется возможным.

### **Острый стресс во время беременности**

Иногда к отказу от новорожденного приводит тяжелое потрясение в жизни женщины, произошедшее во время беременности. Оно может быть вызвано следующими событиями:

- неожиданный разрыв/развод отношений с отцом ребенка;
- внезапная гибель партнера или одного из родителей;
- потеря постоянного собственного жилья;
- насильственные действия, жертвой которых становится беременная женщина;
- природные катаклизмы, нахождение в эпицентре событий;
- тяжелая болезнь близкого родственника, либо самой женщины и другие причины.

В этих ситуациях могут оказаться женщины с разным социальным статусом, уровнем образования и семейными особенностями. До появления этого обстоятельства женщина могла даже не думать, что отказ от ребенка может оказаться решением в трудной жизненной ситуации, однако сильное потрясение на последних месяцах беременности или непосредственно перед родами подтолкнуло ее к нему. Женщины испытывают страх, панику и не вполне способны принимать осознанные решения. Отказываясь от ребенка, они говорят о невозможности заботиться в такой тяжелой ситуации.

#### ***Практика работы:***

В основе работы лежит кризисное консультирование, которое помогает женщине справиться с «наводнением» негативных эмоций, оно направленно на стабилизацию ее психо-эмоционального состояния, на поиск ресурсов самой женщины и ее окружения, возможно привлечение ресурсов других организаций, помогающих в подобных случаях.

### **Резкое неприятие со стороны семьи**

Следует исходить из того, что практически за каждым отказом стоит тяжелая семейная история. В большинстве случаев это грубые и глубокие трансгенерационные семейные нарушения, длительно накапливающиеся внутрисемейным напряжением, приводящим к кризису семейной

системы. В таких семьях постоянно присутствует привычное домашнее насилие (в разных формах), зависимости (алкогольная, наркотическая), жестокое обращение с детьми и пренебрежение их нуждами. Отношения между близкими родственниками чаще характеризуются, как напряженные, конфликтные либо разорванные.

#### Оценка женщиной отношений с родителями

Отношения в родительской семье до беременности	% опрошенных
Теплые и надежные	13,0
Спокойные, бесконфликтные	18,0
Конфликтные, с периодическими ссорами	27,5
Опасные, с применением насилия	2,1
У меня нет родителей	30,2
Уклонились от ответа	9,2

Интересен факт, что достаточно большое количество опрошенных отвечают «у меня нет родителей», не являясь сиротами. В данном случае речь, скорее, идет об эмоциональном разрыве, прекращении отношений с родителями. В графу «уклонились от ответа» чаще всего попадают женщины, которые как минимум, не удовлетворены отношениями с родителями.

#### ***Практика работы:***

По возможности необходима работа специалиста со всей семейной системой, либо хотя бы с одним значимым для женщины человеком из семейного окружения.

Если нет поддержки со стороны семьи, то зачастую спрофилировать отказ не удастся. Когда о женщине некому позаботиться, то у нее нет ресурса для того, чтобы заботиться о своем ребенке. Роды чаще всего являются катализатором для актуализации травматических ситуаций из жизни женщины, она ощущает себя незащищенной, брошенной, одинокой.

Хорошо супружеское консультирование, совместный поход к ребенку и беседа с лечащим доктором.

#### **Несовершеннолетние женщины**

Надо отметить, что на практике это нечастые случаи, несмотря на то, что в отчетности многих ведомств эта категория выделена отдельно, и ее значимость подчеркивается. Чаще всего в эту категорию



попадают девочки — студентки, которые приезжают обучаться из областных городов в большой мегаполис.

Ссылаясь на действующее законодательство, специалисты отмечают, что несовершеннолетняя роженица (до 16 лет) не может без согласия своей матери или иного законного представителя забрать новорожденного из родильного дома или отказаться от него. Таким образом, об отказе несовершеннолетних матерей от новорожденных говорить некорректно.

В случае если семья несовершеннолетней мамы благополучная, то пережив первые минуты стресса, семья аккумулирует все ресурсы и принимает однозначное решение «Мы своих не бросаем!». Иногда бывает так, что юная мать хочет сохранить ребенка, а ее родители выступают против. При таких обстоятельствах профилактическая работа проводится с родственниками роженицы. Если не удастся сохранить ребенка с мамой, которой еще нет 16 лет, то «Согласие на усыновление» (отказ от ребенка) оформляется законными представителями несовершеннолетней мамы.

### **Женщины-эмигрантки**

Можно выделить несколько типовых ситуаций, в которых эмигрантки отказываются от новорожденных.

Ребенок рождается вне брака. Женщина живет в России и не может обратиться к семье за поддержкой или вернуться с младенцем на родину, поскольку факт рождения внебрачного ребенка нарушает устои традиционного общества и противоречит нормам религии. Мужчины часто бросают этих женщин, узнав о ребенке. Младенца удастся сохранить с матерью только в том случае, если к моменту его рождения женщина «обросла» социальными связями и может рассчитывать на помощь подруг или родственников, живущих в нашей стране.

Женщина приезжает в Россию, чтобы родить и оставить ребенка. Она идет на этот шаг, чтобы скрыть нежелательную беременность и затем вернуться на родину. Предотвращать такие отказы не удастся. Время нахождения на территории РФ ограничено временными рамками, как правило, виза оформляется на 1,5—2 месяца, как раз на срок родов.

Ребенок рождается в многодетной семье эмигрантов. Как правило, женщина отказывается от шестого-восьмого ребенка, мотивируя это тем, что семья не «прокормит еще один рот». Эти отказы часто удастся предотвратить, если предложить семье материальную помощь.

## **Ребенок с патологией, генетическими синдромами**

На сегодняшний день пренатальная диагностика развита хорошо, и пороки внутриутробного развития ребенка можно увидеть на первых скринингах, которые проходит беременная женщина. В случае, если выявлен внутриутробный порок развития у плода и семья не готова к воспитанию ребенка с особенностями в развитии, то есть все основания для прерывания беременности с согласия женщины на поздних сроках, но не позднее 22 недель. Тяжелый порок в развитии может быть выявлен и на более поздних сроках после 30 недель, прервать такую беременность будет уже не возможно, т.к. ребенок родится живым, но с усугубляющими рисками недоношенности. Чаще всего в такую ситуацию попадают женщины, которые не наблюдались в женских консультациях, либо осознанно не делали УЗИ плода во время беременности.

Рождение ребенка с тяжелыми заболеваниями, аномалиями развития или генетическими нарушениями, ставит семью/женщину в очень сложную ситуацию. Эти решения принимаются женщиной достаточно тяжело, нередко семья настаивает на том, чтобы оставить ребенка в роддоме, оправдывая это тем, что ребенку нужна постоянная медицинская помощь, и что мама не сможет продолжать обычный режим жизни и заботится о старших детях, если они есть в семье.

### ***Практика работы:***

Необходимо информировать женщину о состоянии здоровья ребенка, помогать налаживать контакт с врачами, которые лечат и диагностируют ребенка. В сопровождении специалиста женщина чувствует себя немного увереннее и безопаснее при таком взаимодействии. По возможности организовывать встречи с близкими родственниками женщины, для беседы и прояснения их намерений. Если семья настаивает на отказе от ребенка, то чаще всего женщина чувствует себя отвергнутой, слабой, часто уходит в депрессивные состояния и может оставить ребенка в лечебном учреждении. Если семья поддерживает, то ребенок сохраняется в семье.

## **Беременность, как результат изнасилования**

Одна из сложных и неоднозначных категорий женщин. Перед специалистом, работающим по сохранению ребенка в семье, всегда возникают вопросы «А сможет ли она полюбить этого ребенка?», «Не будет ли он ей напоминать про то жестокое событие, в котором она

чувствовала себя униженной», «Не будет ли она мстить ребенку, за его биологического отца?»).

В случае если мама эмоционально справилась с этой ситуацией, прошла психотерапию, либо нашла какое-то другое объяснение произошедшему, и в семье нет явной угрозы ребенку, то по статистике не более 4% женщин готовы заниматься воспитанием ребенка рожденного от насильника.

Данная категория женщин попадает в наибольшую группу риска для ребенка.

В практике были печальные случаи, когда изменить решение женщины получилось, а принять ребенка женщина так и не смогла.

**Пример:** женщина 22 лет, родила доношенную, здоровую девочку, но в родовом зале категорично заявила о своем намерении отказаться. В ходе беседы со специалистом, женщина рассказала историю, о том, что ребенок является следствием изнасилования незнакомым мужчиной, о том, что о беременности не знают ее родители, но до родов она проживала с молодым человеком, который знает обо всем и поддерживает ее в решении. Когда женщина узнала от специалиста, что существуют определенный порядок жизнеустройства ребенка, оставшегося без попечения родителей, в семью, при котором закон обязывает специалистов Органов опеки и попечительства предложить взять под опеку ребенка в семью кровных родственников (т.е. родители женщины будут поставлены в известность, и более того, написать отказ, если они не готовы забрать ребенка). Женщина была не готова к такому повороту событий, и когда пришел юрист для составления заявления о согласии на усыновление, женщина поменяла свое решение. Вся семья была поставлена в известность, родители женщины поддержали ее в решении сохранить ребенка в своей семье, и даже навещали ее в роддоме. Все специалисты, побеседовав с семьей, уверяли их в правильном решении. Казалось бы, что все Гарри Энд! Ребенок в палате с мамой, бабушки и дедушки рады. На следующий день ребенок найден в кровати мертвым! По результатам первичного осмотра специалистов смерть наступила вследствие удушья (предположительно подушкой). Страшно оборвавшаяся жизнь ребенка и сломанная судьба молодой женщины.

**Отказ не всегда плохо! Иногда — это способ сохранить жизнь ребенку и надежду на счастье в приемной семье.**

## **Внебрачный ребенок замужней женщины**

Бывают случаи, когда женщинам удается скрыть от мужа беременность от другого мужчины. Например, муж уезжает в командировку, на длительное время, и это как раз выпадает на последний триместр беременности или женщина говорит, что беременность наступила от мужа, но, рожая в роддоме ребенка, отказывается, придумывая грустную историю о том, что ребенок умер.

Женщины такого типа имеют различный уровень дохода и образования. У них может быть вполне благополучная семья, и даже дети. Решение свое они озвучивают уверенно, бескомпромиссно, сохранить в семье ребенка удастся не часто.

Например, был случай, когда женщина имела отношения с двумя мужчинами, вернее это был переходный период от одного мужчины к другому, в который наступила беременность. По неделям женщина точно понимала, что беременность наступила не от мужа. У ребенка на втором скрининге были выявлены внутриутробные пороки развития, после чего женщина начала вынашивать мысль об отказе от ребенка по причине его инвалидности. После рождения ребенка порок подтвердился, малыш был прооперирован, мама настаивала на оставлении ребенка в лечебном учреждении. Ситуация для ребенка развернулась благоприятно, т.к. муж женщины не отказался от малыша, у него возникло много чувств при встрече с сыном и было принято решение сохранить ребенка в семье, не смотря на инвалидность.

## **Неожиданная беременность у женщины с ребенком раннего возраста**

Процент женщин такой категории не велик, но встречается на практике. Чаще всего женщина длительное время не замечает беременности, до тех пор, пока не появляются шевеления плода. Прерывание беременности на поздних сроках возможно только по медицинским показаниям, а их не находят, в связи с этим женщина вынашивает беременность. Из-за того, что данная беременность не желательна, срок родоразрешения может наступить значительно раньше и малыш может быть недоношенным. Но указанная причина чаще всего так же является «фасадной», т.к. чаще всего это совокупность проблем.

Следует различать причины отказов, заявленные самими женщинами, и причины, выявленные специалистами в ходе работы с ними. Нередко женщины скрывают истинные причины отказов и называют

социально одобряемые, как то нехватка средств или конфликт с родственниками. Большинство специалистов пытаются комплексно подойти к оценке ситуации и выявить основную проблему, решение которой позволит сохранить ребенка в семье.

## **Распространенные стереотипы об отказах от новорожденных**

### **Миф № 1. «Ей не нужен ребенок», или «Зачем ребенку такая мать»**

Формирование привязанности матери к ребенку и ребенка к матери — процесс постепенный. Женщины, выражающие намерение оставить ребенка в родильном доме, как правило, действительно имеют те или иные девиации в сфере детско-родительских отношений. Они неидеальны как родители. Здесь можно вспомнить слова английского психоаналитика Дональда Винникотта, что ребенку нужна не идеальная, а «достаточно хорошая» мать. «Достаточно хорошая мать» (ее роль может выполнять «достаточно хорошее окружение») — это мать, которая может приспособиться к потребностям ребенка. Женщина может, приложив усилия и получив помощь, по крайней мере, приблизиться к тому, чтобы стать для своего ребенка «достаточно хорошей матерью». Скорее всего, детство ребенка, от которого хотели отказаться в роддоме, не будет безоблачным, но он все же будет расти в биологической семье.

### **Миф № 2. «Она все равно его бросит»**

Здесь можно также сослаться на опыт кризисных центров для женщин. По статистике, спустя несколько лет, после того как женщины с детьми уже выехали из центра и жили отдельно, около трех четвертей детей продолжали жить со своими мамами. Из оставшихся, 25% детей была добровольно передана матерями кровным родственникам (в основном своим мамам, бабушкам детей), и дети жили с ними. Иногда дети добровольно передаются в приемные семьи, так как мама осознанно понимает, что она не справляется с родительской ответственностью. Не часто, но все же встречается случаи, когда мама согласилась забрать ребенка из роддома, но спустя несколько недель/месяцев все же написала отказ в Органах опеки и попечительства.

В связи с этими обстоятельствами, после спрофилированного отказа необходимо дальнейшее сопровождение семьи, для того чтобы исключить риски.

Ребенок, который имеет опыт близких отношений с мамой, в раннем возрасте, способен выстраивать отношения с другими людьми (замещающими родителями) в более поздние сроки, в случае если возникает необходимость его жизнеустройства.

**Миф № 3. «А вдруг она с ним что-то сделает» (убьет, выбросит на помойку и т. д.)**

Истории с подкидыванием и тем более убийством грудных детей случаются нечасто, но, по понятным причинам, надолго остаются в памяти у всех, кто так или иначе столкнулся с этим чрезвычайным происшествием. Здесь также можно сослаться на мнение Галины Григорьевны Филипповой, которая считает, что инфантицид (убийство ребенка) в современной европейской культуре является признаком и следствием психической патологии матери. Идея убить ребенка, чтобы никто ничего не узнал о его появлении на свет, или оставить там, где он погибнет, не может прийти в голову просто так, даже если ребенок совсем нежеланный и оставлять его себе женщина не хочет категорически. Тем не менее агрессия у матери на ребенка — это серьезный риск, и консультант по профилактике отказов в обязательном порядке проверяет наличие такого риска у каждой женщины, с которой беседует. В случае диагностики агрессии, направленной на ребенка, работа на сохранение пары «мать — ребенок» не продолжается. К женщине, психический статус которой вызывает сомнения, обычно вызывают психиатра, и все дальнейшие решения по поводу помощи ей и ее ребенку принимают только после его заключения.

**Миф № 4. «Матери-отказницы — это алкоголички, наркоманки, женщины без определенного места жительства и занятий»**

Количество женщин с асоциальным поведением встречается не часто, по статистике специалистов, работающих в сфере профилактики отказов от новорожденных это — 10–15%. Бывают случаи, когда женщина приезжает в роддом в алкогольном или наркотическом опьянении (иногда намерено выпивая большое количество алкоголя, используя его как анестезию на период родов). Встречаются случаи, когда малыш после рождения, переживает «синдром отмены». Все это учитывается в первой беседе с женщиной, при сборе психологического и социального «анамнеза», обязательно оценивается способность мамы заботиться о ребенке, риски для ребенка, запрашивается информация в социальные службы в территорию, где проживала женщина. Если риски для ребен-

ка высоки, работа по сохранению ребенка не производится, случай не открывается.

В большинстве случаев отказницы — это женщины социально адаптированные, иногда имеющие детей в семье и занимающиеся их воспитанием, имеющие работу, свое жилье, иногда даже партнера. В некоторых случаях отказываются от ребенка студентки, из условно благополучных семей, где есть нарушения в детско-родительских, но при семье нельзя назвать асоциальной.

### **Миф № 5. «Зачем разговаривать, если она все равно откажется»**

Действительно, около двух третей женщин, заявивших о своем намерении отказаться от ребенка, отказываются, несмотря на профилактическую работу. Тем не менее, консультировать необходимо всех женщин, заявивших о таком желании. Это необходимо как ребенку, так и самой женщине. Женщине важно понимать, что ее судьба небезразлична и что существуют варианты помощи, о которых она не знала. Если специалист позаботится о женщине, о ее состоянии, о ее потребностях, откликнется на ее боль, то это может быть вкладом в процесс сохранения ребенка рядом с мамой. Женщина может поверить в то, что помощь со стороны чужих людей возможна, согласиться на переезд в кризисный центр и начнет активно менять свою жизненную ситуацию.

Основная задача специалиста донести до женщины следующую мысль «Я здесь для того, чтобы помочь принять Вам правильное решение, с которым Вы будете жить всю жизнь, а не для того, что бы уговорить Вас забрать ребенка». И еще «Я не осуждаю Вас за принятое решение». Чувство вины присутствует у женщины и без наших интервенций.

### **Миф № 6. «Для чего это нужно ребенку»**

Факт рождения ребенка именно у этих родителей невозможно изменить или отменить. Родители ребенка навсегда останутся его кровной семьей, даже если мать никогда не увидит малыша после родов, а отец вообще не узнает о его существовании. Они дали ему те генетические возможности, которые будут с ним всю жизнь. Это люди, которые дали ему жизнь, не было бы их, не было бы его. Современные семейные психологи говорят, что ребенку очень важно знать о своих кровных родителях, о том какие у него корни, и о том, какие жизненные ресурсы есть, какая сила заложена в его роду. Семейные системы очень широкие, и если биологические родители оказались слабы в момент

появления ребенка на свет, то точно есть наиболее сильные и ресурсные звенья в этой большой системе. Это важно для ребенка!

### **Миф № 7. «Лучше пусть его усыновят» или «За детьми очередь усыновителей»**

Эти слова особенно часто звучат в последние несколько лет, когда популярность усыновления возросла, и здоровые новорожденные дети, если можно так выразиться, «пользуются спросом». В последние несколько лет семейное устройство в нашей стране действительно развивается интенсивно. Все больше детей, особенно в младенческом и раннем возрасте, попадает в семьи. В крупных городах на самом деле существуют очереди усыновителей за новорожденными детьми и детьми до года. Многие отказные дети быстро попадают в замещающие семьи. Они испытывают гораздо меньше эмоциональной депривации, чем отказные дети несколько лет назад, так как проводят гораздо меньше времени в больницах и домах ребенка.

Тем не менее, **система семейного устройства** до сих пор функционирует так, что в замещающую семью ребенок все равно попадает только после того, как он получит статус оставшегося без попечения родителей, информация о нем окажется в банке данных, и т. д. Минимизировать систему медицинских и интернатных учреждений практически невозможно. То есть, беседуя с кровной мамой малыша в роддоме, мы никогда не можем предсказать, как сложится его дальнейшая судьба в случае отказа, как скоро он попадет в **приемную семью** и попадет ли вообще. Устройство ребенка в семью может помешать что угодно: обнаруженные до или после оформления отказа проблемы со здоровьем, «не соответствующая ожиданиям» усыновителей внешность, юридические сложности (например, в случае, когда его мать — гражданка иностранного государства). Многие усыновители боятся возможных трудностей и долго выбирают ребенка, «перестраховываются». В связи со всем этим ребенок находится в государственном учреждении и переживает депривацию, а в следствии отставание в физическом и психоэмоциональном развитии.

### **Миф № 8. «Зачем им особенный ребенок»**

Долгие годы в СССР, а потом и в России считалось, что отказ от ребенка с особенностями в развитии — это нормально. Ребенку (если он выживет) лучше будет в интернате, среди таких же, как он сам. А его родители «родят себе другого, здорового».



Врачи, четко понимают прогнозы по развитию ребенка, про то, какие сложности возникают в семьях в связи с инвалидностью ребенка. Большинство семей распадается, это они видят на своей практике, когда дальше наблюдают и лечат ребенка. Хочется по-человечески предупредить все эти сложности для родителей. Но это позиция рассматривается со стороны мира взрослых «Как родителям будет сложно». Со стороны мира ребенка — «Мне хорошо там, где обо мне заботятся близкие люди». Задача врача донести всю информацию объективно, не склоняя родителей, к какому либо решению. Решение, в таких случаях, всегда остается за родителями.

Сейчас многое изменилось, и все больше **детей с особенностями** растут в семьях. От многих из них родители и не думали отказываться. Постепенно развиваются сервисы, поддерживающие такие семьи, родительские сообщества. Развивается инклюзивное образование, дети с особенностями идут в обычные детские сады и школы, которые обязаны их принять и создать необходимые для пребывания и обучения условия.

Если сравнить двух детей с условно одинаковыми диагнозами, но проживающими в разных условиях, один в семье, а другой в государственном учреждении, мы увидим кардинально разные картинки по всем сферам развития ребенка.

### **Миф № 9. «Пусть лучше мама оставит его на время, решит свои проблемы и заберет»**

Скорее всего, этого не произойдет. Раздельное проживание не даст женщине возможности привязаться к ребенку и войти в роль его матери. Дети, помещенные в учреждение на время, очень часто остаются там навсегда или на очень длительный срок. Более того, ребенок переживает депривацию, с каждым месяцем нарастает его отставание в развитии. Мама, которая могла бы это изменить не находится рядом, а приезжая на короткое время, не имея надежной привязанности к ребенку, и замечая его задержку, со временем начнет приезжать все реже, что усугубляет состояние ребенка. Когда становится очевидно, что мама не заберет своего малыша, жизнеустройство в приемную семью может затрудняться, тем, что у ребенка уже может быть поставлен неврологический диагноз задержка психо-моторного и психо-эмоционального развития.

Получается, что этот вариант не помогает решать проблемы возникшие у самой женщины, не способствует формированию привязанности и негативно влияет на состояние ребенка.

## **Миф № 10. «Отказ о ребенка — это следствие падения нравов в обществе»**

Это не соответствует действительности. Способы избавления от нежеланных по разным причинам детей существовали во все времена и во всех культурах. В периоды социально-экономических кризисов, резкой смены ценностных ориентиров (состояние аномии по Э. Дюркгейму) количество таких детей возрастает.

У матерей-отказниц также есть стереотипы, мифы, связанные с отказом от ребенка, скорее всего их можно рассматривать как психологические защиты в острой для нее ситуации. Достаточно часто с ними можно встретиться во время первого разговора с женщиной, планирующей отказ от новорожденного ребенка.

## **Миф № 1. «Оставьте временно, а потом я заберу»**

Довольно часто женщины-отказницы говорят, что не собираются отказываться от ребенка, но хотят «оставить его на время, а потом забрать». Такое заявление свидетельствует о нежелании брать на себя ответственность за свое решение прямо сейчас. В то же время желание «забрать ребенка потом» может указывать как на материнские чувства к малышу, так и на стремление «сохранить лицо»: «я же не отказываюсь, я просто хочу отдать его на время». В любом случае временное помещение в интернатное учреждение очень вредно для ребенка. Юридическая сторона вопроса, естественно, не играет для него никакой роли. Жизнь ребенка, помещенного в учреждение на время, ничем не отличается от жизни ребенка-сироты. Он так же не получает индивидуального внимания взрослого или недополучает его, переживает психическую депривацию, его привязанность формируется с нарушениями. Это грозит серьезными, часто необратимыми последствиями для всей дальнейшей жизни малыша. При этом у него нет шансов попасть в приемную семью, так как ребенок формально считается «родительским». Фактически жизнь ребенка «ставится на паузу». Пауза может быть очень долгой или даже вечной, так как без постоянного контакта с ребенком материнские чувства женщины ослабевают, она уходит «в свою жизнь» и все меньше интересуется малышом.

## **Миф № 2. «Я ничего не смогу дать ребенку»**

Одной из задач **консультанта** по профилактике отказов является как раз поиск вместе с женщиной ее ресурсов. Самый главный **мате-**

**ринский ресурс** — это теплые чувства к ребенку и желание его растить. Когда женщина осознает этот ресурс и начинает на него опираться, многие трудности отступают.

## **Профилактическая работа с женщиной, планирующей отказ от новорожденного ребенка**

### **Профессиональная позиция специалиста**

Кровная семья, как правило, является наиболее благоприятной средой для **развития ребенка**, а кровная мама — это тот человек, который способен обеспечить ребенку формирование привязанности и развитие базового доверия к миру, необходимые для дальнейшего гармоничного психического и физического развития. Помогая сохранить кровную семью для ребенка, мы помогаем ему вырасти личностью, максимально полно реализовавшей свой потенциал. Перед консультантом по профилактике отказов не стоит задача любой ценой убедить, уговорить женщину или супругов забрать ребенка. Его задача — **помочь матери** (родителям) принять осознанное решение. Это локальная цель работы по **профилактике отказов**. Глобальная цель такой работы — содействие более благоприятному развитию детей из последующих поколений данной семьи. Доктор психологических наук и руководитель Института перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы Галина Григорьевна Филиппова считает, что работа по профилактике отказов — это работа на третье по счету поколение детей. Сохраняя ребенка в кровной семье, мы помогаем ему вырасти с минимально возможными в его случае потерями в психическом и физическом **развитии**. Предполагается, что дети этого ребенка будут расти уже в благоприятных для психического развития условиях, а его внуки — в еще более благоприятных. Мы не можем в одном поколении исправить все трудности, связанные с **нарушениями привязанности** и последствиями психических травм в детском возрасте. Но мы можем способствовать исцелению **«травмы поколений»**.

В фокусе работы по профилактике отказов должна всегда находиться **диада**, то есть пара «мать-ребенок». Мы не решаем отдельно проблемы ребенка и отдельно проблемы матери. Мы помогаем им остаться вместе в наиболее благоприятной и поддерживающей среде.

Несмотря на то, что работа по профилактике отказов осуществляется разными организациями, которые не руководствуются единым

стандартом, есть общие принципы, которые в той или иной степени поддерживаются всеми работающими в этой сфере.

**Профилактика отказов** — это всегда работа междисциплинарной команды специалистов — психолога, социального работника, юриста. Недостаточно просто поговорить с женщиной в родильном доме. В случае если она изменит решение, ее психологические и социальные проблемы не исчезнут в одночасье. Поэтому изменение решения — это только начало пути. Сопровождение семьи может осуществляться либо той же службой, которая занимается профилактикой отказов, либо другой службой или организацией.

### **Признаки факторов риска отказа от новорожденного ребенка**

#### ***В женской консультации:***

1. Женщина сама выражает возможность отказа от новорожденного ребенка после родов.

2. Косвенные признаки возможности потенциального отказа со стороны будущей матери:

- женщина после обращения с целью прерывания беременности в поздние сроки и отказа в связи с отсутствием оснований в прерывании не состоит на учете в женской консультации;
- наличие у женщины в анамнезе отказа от ребенка;
- женщина лишена родительских прав на других детей;
- женщина не проявляет интереса к беременности, не интересуется состоянием плода, приходит на прием в подавленном состоянии;
- наличие у женщины сложного материального положения (отсутствие жилья, работы, иных источников доходов);
- из хода беседы и наблюдений можно сделать вывод о том, что женщина злоупотребляет алкоголем, употребляет наркотики, токсические вещества;
- юная беременная, находится в трудной жизненной ситуации (одинокая, отсутствует жилье, работа, отказ родителей от оказания помощи, отсутствие родственников и проч.).

#### **В родильном доме:**

1. Женщина сама изъявляет намерение отказа от ребенка.

2. Поступление женщины в лечебно-профилактическую медицинскую организацию в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

3. Женщина путается в информации о себе, отказывается отвечать на вопросы о себе.

4. Женщина поступила без документов, подтверждающих личность.

5. Женщина планирует уйти сразу после родов.

### **Модель работы по профилактике отказов**

Модель работы по профилактике отказов включает в себя 5 основных этапов:

1. Выявление женщин с риском отказа от новорожденного ребенка.

2. Прием информации о намерении или факте отказа, принятие решения о работе.

3. Выяснение ситуации и мотивов отказа от ребенка, «включение» семьи в работу.

4. Помощь в принятии женщиной и ее родственниками осознанного решения по сохранению ребенка в семье.

5. Реабилитационное сопровождение женщины (семьи), либо завершение работы с женщиной, не изменившей своего решения.

#### ***Алгоритм работы по профилактике отказов:***

— сигнал из роддома;

— выезд психолога, беседа с женщиной;

— в случае сохранения ребенка в семье — организация комплексной помощи (жилищная, вещевая, юридическая, психологическая, маршрутизация по месту жительства семьи);

— в случае отказа — завершение работы.

В родильном доме психолог беседует с женщиной, выясняет обстоятельства, вынуждающие ее отказываться от ребенка. Параллельно он диагностирует ресурсы и риски матери и выясняет, при каких условиях она готова оставить ребенка себе, помогает ей построить планы на жизнь, включающие ребенка. В случае если женщина передумала и приняла решение растить ребенка, ей оказывается дальнейшая помощь. Это может быть временное размещение в кризисном центре, отправка на родину, это содействие в оформлении или восстановлении документов и пособий, консультации психолога и юриста, а также помощь детскими вещами, продуктами и т. д. Работа осуществляется по технологии ведения случая.

## **ЭТАП 1.**

### **Выявление**

**Цель этапа:** выявить женщину с риском отказа от новорожденного специалистами медицинских организаций.

**Продолжительность этапа:** от 1 до 5 дней. Более точные сроки зависят от каждого конкретного случая, т.к. свое намерение отказа женщина может озвучить в любом сроке беременности, либо после родов.

#### **Основные технологические шаги данного этапа:**

Выявление женщины с фактом или намерением отказа от ребенка.

Кто это делает?

Любой сотрудник женской консультации либо акушерского стационара выявивший риск отказа от новорожденного

Существуют три основных критерия для выявления:

— женщина открыто говорит о своем решении отказаться от ребенка и ее решение устойчивое;

— женщина выражает неуверенность в своем намерении забрать ребенка из родильного дома;

— женщина, планирующая прервать беременность, но получившая отказ на ОАК и заявляющая, что она планирует отказаться от ребенка после его рождения.

Сотрудник (врач, медсестра, заведующий отделением), выявивший случай отказа от ребенка, в течение 15–30 минут передает сведения о риске/факте отказа психологу (специалисту по социальной работе), который является ответственным за работу с отказами по учреждению. Это может происходить по телефонному звонку, но при этом желательно оформление сигнального листа, которое передается в руки специалисту для формирования Личного дела клиентки.

В ОПЦ ответственный специалист за работу по профилактики отказов от новорожденных — это медицинский психолог НМОЦ МЗ СО по организации психосоциальной помощи в службе охраны матери и ребенка.

**Обязанности специалистов выявивших факт отказа в процессе своей деятельности:**

1. Проводит с женщиной первичную беседу, целью которой является получение информации о намерениях женщины относительно ее беременности или новорожденного ребенка.

Специалист должен иметь необходимые для этого навыки (безоценочность, отсутствие психологического давления, понимание про-

шлого опыта жизни женщины, того, что ценности, поведенческие сценарии в семьях могут разительно отличаться, соблюдение нейтральности в отношениях с пациенткой).

**Примечание:** в случае рождения ребенка с пороками развития в работу необходимо подключать других специалистов, в зависимости от индивидуальности ситуации (врачи разных профильных направлений, юрист, специалист по социальной работе, специалисты профильных НКО, которые сопровождают семьи и детей с таким диагнозом, и могут рассказать о перспективах дальнейшего сопровождения семьи и др.).

2. Регистрация случая возможного отказа. Случай регистрируется в специальную форму (Сигнальный лист) выявившим сотрудником медицинской организации.

3. Передача выявившим специалистом информации о факте/риске отказа, ответственному человеку за профилактическую работу в данном направлении на территории учреждения (это может быть психолог, специалист по социальной работе, в обязанностях которого это прописано).

**Документооборот на данном этапе:**

— сигнальный лист (приложение 1)

## **ЭТАП 2.**

### **Прием информации, назначение ведущего специалиста**

Данный этап осуществляется специалистом ответственным за работу по профилактике отказов от новорожденных.

В зависимости от территории это могут быть специалисты, работающие на территории данного учреждения здравоохранения, а так специалист женской консультации, центры кризисной беременности, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

**Цель этапа:** своевременное получение информации о случаях нарушения прав новорожденного ребенка на жизнь в родной семье организацией, реализующей на практике услугу по профилактике отказов от новорожденных.

**Продолжительность этапа:** получение информации от специалиста стационара — непосредственно в момент выявления женщины с намерением отказа. После того, как ответственный специалист регистрирует сведения о возможном отказе, он планирует выход в течение 1–3 часов.

**Мероприятия этапа:**

1. Прием сигнала о выявленном случае. Специалист, ответственный за прием информации, принимает телефонограмму о выявленном в медицинской организации случае.

2. Регистрация информации о факте/риска отказа от ребенка. Специалист регистрирует полученную информацию в специальном регистрационном журнале.

3. Оценка экстренности выезда к женщине с намерением или фактом отказа. В зависимости от ситуации специалист, зарегистрировавший сигнал, оценивает экстренность выезда к женщине. В случае, если женщина родила и находится в реанимации — возможен выход на следующий день, если в послеродовом отделении — выход в течении 3 часов, если женщина беременна и срок небольшой — то в течении 3 дней с момента регистрации сигнала.

4. Назначение специалиста, ответственного за ведение случая. Специалист, зарегистрировавший сигнал планирует выход к женщине.

**Документооборот на данном этапе:**

— журнал регистрации случаев выявления риска/фактов отказа от новорожденного ребенка (включает сведения о женщине, а также время выявления и передачи информации о факте/риска отказа в службу профилактики отказов от новорожденных) (приложение 2).

**ЭТАП № 3.**

**Исследование ситуации и мотивов отказа от ребенка.**

**Работа с женщиной по сохранению ребенка в семье, вовлечение других членов семьи в профилактическую работу**

Данный этап осуществляется организацией, реализующей услугу по профилактике отказов от новорожденных. В Областном Перинатальном Центре это медицинские психологи НМОЦ МЗ СО по организации психосоциальной помощи в службе охраны матери и ребенка. Так же это могут быть учреждения, подведомственные органу социальной защиты населения, образования, центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, служба



ранней помощи при рождении детей с ВПР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

**Цель этапа:** принятие женщиной осознанного решения о сохранении ребенка в семье

**Продолжительность этапа:** от 3–5 дней до 1 месяца.

Данный срок обусловлен тем, что в течение первого месяца после родов у матери наиболее сильны чувства по отношению к ребенку и переживаемой ситуации отказа и именно в этот период целесообразно проводить работу.

**Мероприятия этапа:**

1. Диагностика женщины, проведение оценки риска нахождения ребенка в семье.

2. Совместный визит женщины и специалиста к ребенку, беседа с врачом.

3. Разработка плана по сохранению ребенка в семье.

Ключевой принцип эффективности — женщина вовлекается психологом в процесс планирования актуальных мероприятий, т.е. непосредственно в работу по сохранению ребенка в семье.

В рамках разработки плана специалист проводит изучение природы отказа:

- сбор сведений о периодах жизни женщины;
- обстоятельства ее жизни;
- об актуальной ситуации в семье;
- о трудностях, которые ей самой кажутся неразрешимыми;
- о том, что могло бы повлиять на изменение ее решения отказаться от своего ребенка;
- в случае необходимости, осуществляется сбор информации от социальных служб (органы опеки, центры социального обслуживания);
- приглашаются родственники на встречу.

**План по сохранению ребенка в семье должен включать в себя следующие пункты:**

- Проблема (пример: мама отказывается забрать ребенка из родильного дома)
- причины проблемы (пример: — нет жилья; — нет стабильного дохода; — нет поддержки со стороны близких родственников)
- основная цель (пример: мама забрала ребенка домой из родильного дома)

- промежуточные цели (пример: — есть временное или постоянное место проживания; — есть стабильный источник дохода; — есть поддержка со стороны родственников)

- действия (пример: — договориться с Кризисным центром на временное размещение женщины; — юридически помочь оформить необходимые документы по социальным выплатам и льготам, направить в НКО для получения вещевой помощи; — в психологической работе найти ресурсы, возможных людей, которые могут оказывать поддержку и помощь, наладить отношения с родственником)

- ответственные исполнители
- сроки выполнения мероприятий.

**План всегда вырабатывается совместно специалистом и женщиной**

- План работы по делу должен быть:
- Конкретным
- Измеряемым
- Достижимым
- Ориентированным на результат
- Ограниченным по времени.

#### 2. Реализация плана.

В зависимости от выявленных причин отказа, специалист может осуществлять взаимодействие с другими организациями и специалистами, совершать телефонные звонки, приглашать родственников на беседу, возможно супружеское кризисное консультирование для снятия остроты в отношениях.

#### 4. Мониторинг плана.

Мониторинг плана проводится 1 раз в 2–3 дня, в течение всего времени работы с женщиной по изменению решения об отказе. Мониторинг является основанием для принятия решения о дальнейшей работе по плану. В зависимости от его результатов возможна коррекция плана, закрытие случая или перевод на сопровождение.

5. Оценка способности матери самостоятельно заботиться о ребенке.

Проводится оценка способности матери и/ или ее окружения самостоятельно обеспечивать минимальные возрастные потребности ребенка. Данный документ является одним из оснований для принятия решения о дальнейшей работе со случаем. (приложение 3)

6. Принятие решения о дальнейшей работе со случаем.

В зависимости от ситуации возможно два вида решения — закрытие случая либо перевод на сопровождение.

**Необходимые условия:**

- Женщина сотрудничает со специалистом
- Женщина сотрудничает с врачами
- Проявляет интерес к ребенку

**Результат:** женщина принимает осознанное решение по сохранению или не сохранению ребенка в своей семье.

Если, или есть обстоятельства, указывающие на то, что в семье может быть угроза для жизни и здоровья ребенка (множественные отказы от детей в анамнезе, актуальная зависимость мамы, психическое заболевание ранее не диагностированное, тяжкие преступления, совершенные против личности, если семья состоит в соцслужбе — как семья, находящаяся в социально опасном положении), проводится работа по прояснению семейной ситуации и оценка рисков для ребенка. Возможны запросы в социальные службы, по семейной ситуации в территории. Если существует угроза жизни и здоровью ребенка, то намеренная работа по профилактике отказа не проводится, это делает в интересах ребенка.

**Случай закрывается, если:**

- женщина не изменила решение об отказе;
- женщина решение об отказе изменила, ребенка забрала и проблемы, которые привели к отказу, минимизированы/устранены.

Случай переводится на сопровождение, если женщина изменила решение об отказе, однако проблемы, которые привели к отказу, не устранены и необходима дальнейшая работа по устранению и минимизации рисков. В случае, если работа осуществлялась специалистами медицинских организаций (например, центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации), которые не имеют ресурсов и полномочий сопровождать женщину с ребенком после выписки из учреждения, то случай передается в установленном порядке в организации, уполномоченные это делать. Решение о работе со случаем фиксируется в установленном порядке.

Если женщине некуда выписываться с ребенком, нет жилья, есть угроза жизни и здоровью при возвращении в адрес, из которого она поступила, то по согласию женщины, специалист работает по поиску временного жилья и размещения мамы и младенца после выписки в Кризисный центр.

Также на этом этапе, если женщина сделала выбор — сохранить ребенка рядом с собой, ей оказывается вещевая помощь (вещи, памперсы, средства по уходу, комплект на выписку), если в этом есть необходимость и есть такой ресурс у специалиста. Чаще такую помощь можно получить сотрудничая с НКО работающими в этом секторе.

В некоторых ситуациях, если женщина и ее близкое окружение не согласны на сотрудничество, случай не открывается и дальнейшая работа по изменению решения не проводится.

### **ЭТАП № 5.**

#### **Реабилитационное сопровождение не осуществляется специалистами система родоразрешения.**

Этим занимаются организации, реализующие на практике услуги по профилактике отказов от новорожденных. Это могут быть учреждения, подведомственные органу социальной защиты населения, образования, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

**Цель этапа:** ребенок находится с матерью, которая удовлетворяет его потребности в соответствии с минимальными возрастными потребностями, риска нарушения права ребенка на семью нет.

**Продолжительность этапа:** от 1 месяца до 1 года.

#### **Мероприятия этапа:**

1. Углубленная оценка природы проблемы и разработка плана мероприятий.

Оценка природы проблемы проводится в срок до 1 месяца.

За это время куратор случая устанавливает с женщиной доверительные отношения, в установленном порядке проводит ее интервьюирование, проводит анализ выявленных проблем, вовлекает женщину в совместную работу. Куратор случая помогает женщине сформулировать, проанализировать проблемы, а также спроектировать пути устранения проблем.

2. Разработка долгосрочного плана реабилитации. План разрабатывается совместно с матерью ребенка, куратор помогает женщине точно определить основные причины, способствующие принятию решения об отказе, пути их решения. Один экземпляр плана хранится у женщины, один — у специалиста.

3. Реализация плана. В процессе реализации согласованного плана куратор случая привлекает необходимые женщине услуги, организу-

ет, а затем контролирует процесс их получения. Содержание работы по плану зависит от природы проблемы, которая была выявлена на предыдущих этапах, и может включать в себя психологические, социально-экономические, социально-медицинские и правовые услуги.

4. Мониторинг плана. Проводится не реже 1 раза в 3 месяца. Осуществляется для анализа того, насколько реализуемый план эффективен. Мониторинг предполагает оценку результатов по достижению поставленных в плане целей, анализ эффективности действий, предпринимаемых в рамках поставленных задач. От результатов мониторинга зависит принятие решения о дальнейшей работе со случаем.

При отсутствии необходимого эффекта от реабилитационных мероприятий куратор случая выясняет причины этого и проводит корректировку плана реабилитации. В случае положительной динамики план реализуется без корректировки.

5. Оценка риска жестокого обращения (пренебрежения нуждами и потребностями) в семье с ребенком.

6. Принятие решения о дальнейшей работе со случаем. Возможно несколько основных вариантов итогового решения:

— План реализован полностью, ребенок в семье, риска отказа нет, т.к. мать (семья) полностью удовлетворяет его минимальные возрастные потребности.

— План реализован не до конца, т.к. мать (семья) не выполняет свои обязательства по согласованному плану. В настоящий момент нарушений прав и законных интересов ребенка нет, однако существует большая вероятность, что в ближайшем будущем они могут возникнуть.

В таком случае информация передается в отделения, занимающиеся работой с семьей группы риска по социальному сиротству, которые, как правило, находятся на базе учреждений социальной защиты населения, или в органы опеки и попечительства.

— План не реализован, т.к. действия матери (семьи) нарушают права и законные интересы ребенка, создают угрозу его безопасности при дальнейшем нахождении в семье.

Случай передается в органы опеки и попечительства.

**Примечание:** В случаях сопровождения семьи, с ребенком с нарушениями в развитии и здоровье, или когда состояния женщины определяется, как психологически тяжелое, то по согласованию с органами, уполномоченными принимать меры по защите прав и законных интересов детей, работа по сохранению ребенка в семье и

стабилизации состояния женщины может быть продолжена специалистами службы ранней помощи в соответствии с утвержденным в ней порядком/алгоритмом.

### **Что можно сделать для ребенка, если отказ все же происходит?**

Даже если **отказ неизбежен**, есть вещи, которые еще может сделать мама для ребенка.

Например:

1. Предложить женщине выбрать имя ребенку. Юрист это учитывает, когда оформляет свидетельство о рождении на ребенка. Перинатальные и семейные психологи утверждают, что хорошо, когда имя ребенку дает кровная мама, которая подарила жизнь.

2. Организовать посещение ребенка мамой в роддоме до окончательной разлуки (в случае ее согласия). Ребенку важно быть приложенным к груди, если у мамы нет противопоказаний к грудному вскармливанию.

3. Можно предложить маме написать письмо своему малышу, или его новым родителям, возможно есть какая то вещь, которую она бы хотела оставить ребенку. Было бы хорошо, если бы эти вещи не потерялись, а вместе с ребенком были бережно переданы в новую семью. Возможно, когда ребенок вырастет, для него это будет ценно. Любому человеку тяжело осознавать, что ты был не нужен когда то, своим близким людям, а в этих мелочах (письме, крестике) можно увидеть заботу и любовь. Детям жить без «корней» — сложно, жить с «гнилыми корнями», когда близкие говорят — «твои биологические родители плохие», очень трудно. Лучше нейтральные отзывы, чем плохие. Тогда на душе у ребенка будет спокойнее. Не все приемные семьи к этому готовы, но взгляды меняются и возможно, это когда-нибудь сможет оказаться ВАЖНЫМ.

4. Собрать максимальное количество медицинской, семейной информации о биологических родителях, это также может оказаться важным для приемных родителей и для самого ребенка.

### **Что важно для матери, если отказ все же происходит?**

Большинство женщин, оставляющих детей в роддомах, сильно переживают. Многие из них бессознательно стремятся «реабилитиро-

ваться» (такое бессознательное стремление свойственно и женщинам, потерявшим детей по другим причинам) и вскоре рожают снова. Так как в остальном ситуация не меняется, они чаще всего вновь отказываются от ребенка.

Необходимо сделать все возможное, чтобы ситуация отказа в жизни этой женщины (а значит, и в жизни ее будущих детей) не повторилась.

### **Что нужно сделать для женщины, которая все-таки отказывается от ребенка:**

1. Проявить к ней доброжелательное или хотя бы нейтральное отношение.

2. Предоставить информацию о том, что отказ можно аннулировать и как это сделать.

3. Обсудить с женщиной вопросы контрацепции и планирования последующих возможных беременностей.

4. Предоставить женщине информацию о местах, где помощь может быть оказана ей лично (рассказать о кризисных центрах для женщин с детьми, клиниках по реабилитации зависимых, о том, где можно пройти лечение от инфекционных заболеваний). Важно дать женщине понять, что ее ситуация небезнадежна, а судьба ее безразлична другим людям.

## **Опыт работы с отказами в ОПЦ**

Чаще всего сигнал о намерении отказаться от новорожденного ребенка поступает лечащему врачу от самой женщины, либо от ее родственников. В таком случае врач передает информацию в Центр кризисной беременности (психологам). Дальнейшие действия планируются специалистом, оценивается экстренность выхода, организуется место встречи.

За время нахождения женщины в послеродовом отделении необходимо провести всю профилактическую работу по сохранению ребенка в семье, а это к сожалению очень короткие сроки от 3 до 5 дней. Если после бесед с психологом, с лечащим врачом ребенка, женщина настаивает на отказе, важно успеть пригласить юриста для заполнения Соглашения на усыновление. В случае если ребенок остается в лечебном учреждении, а юридически отказ от биологической мамы не оформлен, то это существенно усложняет жизнеустройство ребенка в приемную

семью. Поэтому основанная задача до выписки помочь женщине принять правильное решение, и при необходимости оформить юридические документы.

Если женщина поменяла свое решение, то ей выдается справка подтверждающая рождение малыша, на основании которой семья получает свидетельство о рождении на ребенка, тем самым признает на гражданском уровне свое родительство. Малыш выписывается вместе с мамой домой.

Из практики были случаи, когда мама была из маргинальных слоев населения, в ее прошлом были множественные отказы от детей или изъятие детей из семьи. Риска для ребенка были оценены как слишком высокие, в связи с чем, было принято решение поместить ребенка в детскую больницу по месту регистрации матери, а саму женщину разместить в кризисное отделение при НКО, находящееся на этой же территории. Были сформулированы задачи для специалистов кризисного центра, которые проводили дальнейшую работу с женщиной, курировали случай. Женщина навещала ребенка в больнице, у медицинского персонала была возможность понаблюдать за тем, как женщина справляется с уходом за новорожденным ребенком, насколько она отзывчива и как реагирует на основные потребности ребенка. В последующем женщина легла в стационарное отделение совместно с ребенком. Случай этот текущий, и сказать, как дальше будет развиваться ситуации пока не возможно.

Нередко информация передается в Центры помощи семье и детям в отделение Профилактики безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних по месту жительства семьи, с просьбой помочь семье, иногда акцентируется внимание специалистов именно на оказании помощи и поддержки, а не на применении карательных мер.

Основная задача психолога в работе по сохранению ребенка в семье — помочь принять женщине правильное решение, с которым она будет вынуждена жить всю жизнь. Не уговорить ее, не рассказывать о материальной выгоде и материнском капитале, положенном за второго ребенка, а просто в беседе разложить ее жизнь как «пазл», посмотреть со стороны на это, помочь увидеть ресурсы, возможные риски, рассмотреть разные пути решения сложившейся ситуации.

Вначале идет сбор общей информации: Ф.И.О., возраст, социальный статус, актуальное семейное положение, отношения в родительской семье на момент совместного проживания (детство, юность женщины), обстоятельства при которых наступила беременность, как она



проходила, есть ли особенности в здоровье ребенка, заявляемая причина отказа, осуществляется ли поддержка близким окружением и др.

В случае если женщина заявляет причину, связанную со здоровьем ребенка, психологу необходимо поговорить с лечащим доктором, который ведет ребенка, для выяснения обстоятельств. В случае необходимости организовать совместную встречу родителей, психолога и врача, где родители смогут задать интересующие вопросы, обсудить риски и возможные прогнозы, оценить свои семейные ресурсы.

В нашей практике нередко бывают случаи, когда родители находятся в очень большой тревоге, не дождавшись результатов медицинских исследований, пытаются принять решение об отказе от ребенка. При таких обстоятельствах задача психолога убедить родителей, что принимать решение проще тогда, когда есть объективная оценка состояния здоровья ребенка, озвучены все риски и возможные решения проблем. Как правило, это охлаждает эмоциональный накал, в плановом режиме происходит обследование ребенка, мама ухаживает за малышом и как следствие этому, родители находят ресурсы для лечения и воспитания ребенка с особенностями в развитии в своей семье.

В практике были случаи, когда выявлялись неблагополучные мамы. Если во время работы выявляются высокие риски для новорожденного ребенка, то работа по профилактике далее не проводится, т.к. это может быть опасно для жизни и здоровья ребенка.

В случае если женщина не поменяла своего решение и отказывается от новорожденного ребенка, необходимо до ее выписки пригласить юриста и оформить **Согласие на усыновление**, сделать ксерокопии паспорта всех заполненных страниц, в случае если женщина официально находится замужем и супруг ее поддерживает в этом решении, необходима и ему заполнить **Согласие на усыновление**. Это необходимо для жизнеустройства ребенка в семью (в суд для процесса усыновления). После того как все документы оформлены мама может уходить из Роддома.

Иногда бывает так, что женщина уходит из роддома, а спустя несколько дней может поменять свое решение и вернуться в роддом. В таком случае существуют сроки, в течении трех дней юристконсульт обязан передать готовый пакет документов в Органы опеки и попечительства по месту нахождения ЛУ. Если в течении трех дней женщина возвращается, то Согласие на усыновление аннулируется и женщина поступает с ребенком в ЛУ для дальнейшего лечения (если в этом есть необходимость) либо выписывается справка о родах и семья забирает

ребенка домой. При таких обстоятельствах необходимо дальнейшее сопровождение семьи.

Если пакет документов передан в Органы опеки и попечительства, то женщине необходимо обратиться туда и действовать уже по их требованиям. В некоторых случаях специалист Органов Опеки и Попечительства может запросить акт обследования жилищно — бытовых условий с места жительства семьи, результаты психологической диагностики, насколько женщина может выполнять родительские обязанности, и что у нее нет таких личностных и поведенческих реакций, которые могут быть опасны для ребенка раннего возраста, одним случаем убедиться, в том, что нет риска для жизни и здоровья ребенка в семье. Написать Согласие на усыновление достаточно просто, это не занимает много сил и времени, а вот при изменении решения и уже после заполненных документах — это может занять не один месяц и женщине придется столкнуться с разными неприятными ситуациями, в которых многие норовят напомнить ей о том, что «Сама виновата!».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работа по профилактике отказов от новорожденных остается актуальной, даже притом, что растет количество потенциальных **замещающих семей**, желающих принять маленького ребенка. Несмотря на распространение работы по профилактике отказов, в Российской Федерации она на данный момент не проводится системно и повсеместно.

В качестве рекомендаций по организации работы можно предложить следующее:

1. Необходимо внедрение программ по профилактике отказов во всех регионах и во всех учреждениях родовспоможения.

2. Для эффективной работы по профилактике отказов необходимо создание и развитие соответствующей инфраструктуры — кризисных центров временного проживания, служб, оказывающих семьям в кризисной ситуации помощь разного рода (материальную, юридическую, психологическую).

3. Целесообразно внесение изменений в законодательство, которые бы позволили ребенку, потерявшему родителей в младенчестве, во взрослом возрасте получить **доступ к информации** о своей кровной семье. Такой порядок мог бы позволить женщинам, отказывающимся от своих детей, передавать им прощальные письма и вещи на память.

4. Службам, занимающимся профилактикой отказов, необходимо вести работу с семейным окружением матери ребенка.

### Список литературы:

1. Профилактика отказов от новорожденных детей: организация, методология, практика. А.М. Марова. 2012 г.
2. Профилактика отказов от детей при рождении. Материалы для специалистов и руководителей систем здравоохранения и социальной защиты, органов опеки и попечительства. — М.: Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), 2011-106 с.
3. Филипова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002.-240 с.
4. Боулби Джон. Привязанность: Пер. с англ. — М.: Гардарики, 2003 — 477 с., Боулби Джон. Создание и нарушение эмоциональных связей. — М.: Академический проект, 2004. — 232 с.
5. Брутман В.И., Ениколопов С.Н. Некоторые результаты социологического и психологического обследования женщин, отказавшихся от своих новорожденных детей // Вопросы психологии. 1994. №4. с. 34.
6. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии 1997. №6. с. 38-47.
7. Методические рекомендации Министерства Здравоохранения Российской Федерации о Профилактике отказов от новорожденных 04.09.2014 г. <http://base.garant.ru/71206454/>
8. Слабое звено: Социальный портрет женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации, обращающихся в кризисные центры, изучение их потребностей в услугах/под.ред. Л.В. Лазаревой. — Екатеринбург: Изд-во Урал.ун-та, 2017.-96 с..

## СИГНАЛЬНЫЙ ЛИСТ № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Медицинская организация заявитель

\_\_\_\_\_  
Дата\время поступления информации

\_\_\_\_\_  
дата родов

\_\_\_\_\_  
пол ребенка

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. женщины, изъявляющей намерение об отказе

\_\_\_\_\_  
дата рождения женщины\  
возраст

Дополнительные сведения о ребенке \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Контактные телефоны \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Декларируемая причина отказа \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ушла без предупреждения \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Да\нет

**ПРОВЕРКА ПОСТУПИВШЕЙ ИНФОРМАЦИИ**

---

Специалист

Дата начала работы	Место встречи	Результат	Примечания
Дополнение			
Решение (закрытие/открытие случая)			
Дата		Подпись	

## КАРТА МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Ф.И.О. женщины \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Наличие документов \_\_\_\_\_

Наличие судимости \_\_\_\_\_

нет/да, когда, сколько, причина

Предыдущие отказы/изъятия детей из семьи \_\_\_\_\_

Нет/да когда, сколько, причины

Наличие старших детей:

Имя, пол, возраст	Где находится и кто воспитывает	В отношении кого из них имеет ограничения/лишение родительских прав

Социализация:

Образование/специальность	Обучение	Работа (где, кем, официально/нет)

Семейное положение:

замужем	разведена	одинокая/ вдова	сожительство	Примечание

Проживание:

собственное	съемное	с родителями	приют	Другое

Описание жилищных условий:
----------------------------

Здоровье:

инвалидность	зависимость от ПАВ	другое	уход за больным членом семьи

В какой семье воспитывалась женщина, социальная характеристика семьи:

многодетная	полная/не- полная	замещающая	государственное учреждение	Другое

Поддержка со стороны родных и близких женщины:

В решении оставить ребенка в семье		
Кто и кем приходится	Возраст	Мотив
В решении оставить ребенка в роддоме		
Кто и кем приходится	Возраст	Мотив

Оценка реабилитационного потенциала женщины и семьи \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---



## ОЦЕНКА РИСКА

### Смысл оценки риска

В случае если мама выпишется домой с ребенком, и возникнут какие — либо сложности, а рядом не окажется людей, которые могут помочь, то существует риск того, что мама может оставить ребенка (одного дома, сама уйти в другое место, принести в опеку, подкинуть куда-нибудь или кому-нибудь), либо ребенку будет нанесен вред (мама не справится с обеспечением его базовых нужд и потребностей, применит жестокое обращение или попустительство в отношении ребенка).

Соответственно, задачи оценки следующие:

Определить факторы риска нанесения ребенку вреда во время проживания в семье.

Обнаруженные с помощью оценки риска факторы, (высокого или среднего уровня риска), являются первоочередными задачами для сопровождения.

### Процесс оценки рисков (способности матери самостоятельно обеспечивать ребенку необходимый уровень заботы)

Есть несколько факторов, которые делают детей более или менее уязвимыми перед насилием или неудовлетворением потребностей. К ним относятся следующие.

#### *1. Возраст ребенка.*

Все дети, которых выписывают из роддома, являются детьми группы высокого риска. Это связано с тем, что они пока не могут удовлетворять свои потребности самостоятельно и полностью зависят от родителей. Считается, что с возрастом риск по этому фактору уменьшается, хотя это зависит от конкретного ребёнка и уровня его развития.

#### *2. Темперамент ребенка, поведение и наличие ограниченных способностей.*

Высокому риску подвержены дети, которые отстают в развитии, страдают серьезными заболеваниями, требуют постоянного внимания со стороны родителей. Кроме того, здесь важна субъективная оценка родителей. Например, мама считает ребёнка «неправильным» или «дефективным».

Умеренный риск. К этой группе мы отнесём детей, которые родились недоношенными и тех, кто страдает сравнительно менее серьезными заболеваниями. Их родители могут соглашаться с тем, что уход за ними сопряжен с рядом трудностей, но не испытывать чувства растерянности и

беспомощности, когда им приходится удовлетворять особые потребности своих детей.

Низкому риску подвержены дети, которые достаточно спокойны, спят ночью, хорошо едят, а также дети, родители которых не считают, что уход за детьми сопряжен с какими-либо особыми трудностями.

### ***3. Индивидуальные особенности родителей.***

Рассматривая индивидуальные особенности родителей, нам следует учесть три ключевых момента:

- Особенности поведения родителей;
- Нарушения здоровья, заболевания, влияющие на их поведение;
- Обладают ли родители необходимыми навыками воспитания

А) Особенности поведения родителей. Есть несколько моментов, на которые специалист должен обратить внимание, оценивая особенности поведения родителей.

- умеют ли родители управлять своими эмоциями. Может ли мама совершить импульсивный поступок, о котором потом она будет жалеть.

- появляются ли в жизни мамы посторонние мужчины, влияющие на ее отношение к ребенку.

- склонна ли женщина к употреблению спиртного и нарушается ли из-за этого её поведение. Например, мама может уходить в запой, собирать компании или не помнить, что с ней происходит во время алкогольного опьянения. Очень важно и то, может ли женщина контролировать себя во время употребления спиртного.

Б) Нарушения здоровья, заболевания, влияющие на их поведение

Высокий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда родители страдают заболеваниями, которые мешают им выполнять их обязанности. При этом они отрицают, что проблема существует и не обращаются за помощью или не выполняют указания врача.

Если мама страдает каким-либо психическим заболеванием и во время приступов уходит из дома, оставляя ребенка одного, то риск тоже высокий.

В качестве примера можно привести женщину, которая признает, что регулярно употребляет наркотики, но полагает, что это позволяет ей лучше справляться со своими материнскими обязанностями.

Или маму, которая страдает провалами в памяти и при этом считает, что её маленький ребёнок может позаботиться о себе самостоятельно.

Умеренным риском мы будем считать ситуации, когда родители страдают менее серьезными заболеваниями, которые не мешают им удовлетворять базовые потребности ребенка. Или симптомы заболеваний успешно купируются, когда они принимают необходимые лекарства.

Например, если мама страдает каким-либо заболеванием и во время приступов уходит из дома, но при этом она относит ребенка к бабушке и просит позаботиться о нем, то риск умеренный.

Или, если мать, которая страдает психическим заболеванием, связанным с расстройством мышления, принимает прописанные ей лекарства, и ей удастся избегать ситуаций, когда жизнь и здоровье ее детей подвергаются опасности, то риск также умеренный.

Другой пример: умственно отсталая мать из-за своих ограничений не может усвоить сложные родительские навыки, но вполне сносно удовлетворяет базовые потребности ребенка. Ребенок при этом часто находится с бабушкой, которая занимается его развитием.

Низкий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда родители не страдают заболеваниями, которые снижают уровень их функциональности, или когда симптомы таких заболеваний полностью купируются медикаментозным лечением, терапией или сторонней поддержкой.

Среди конструктивных моделей поведения родителей при их заболеваниях, которые можно квалифицировать как сильные стороны, отмечают следующие:

родители признают, что их заболевание оказывает негативное воздействие на качество ухода за ребенком;

– родители обращаются за медицинской помощью и выполняют указания врача;

– родители принимают от других людей помощь в выполнении своих родительских обязанностей, которые они не в состоянии выполнять самостоятельно;

– другой родитель или член семьи готов взять на себя основную ответственность за выполнение большей части непосредственных родительских обязанностей.

В) Родительские навыки воспитания детей. Здесь мы можем оценить положение в семье старших детей, если они есть.

Высокий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда родители совершенно не владеют навыками воспитания и ухода за детьми, ничего не знают о том, как должен развиваться ребенок и как его поведением.

В качестве примера можно привести молодую мать, которая так и не научилась готовить молочную смесь и кормить своего грудного ребенка, в результате чего он не прибавляет в весе.

К этой категории также относятся родители, чьи дети выглядят неопрятно. Например, постоянно носят грязную или рваную одежду, не причесаны, неприятно пахнут.

Также высокому риску подвержены семьи, в которых ребёнком не занимаются. Например, он остается с бабушкой, которая не может обеспечить ему должный уход.

Или если мама оставляет ребёнка на долгое время соседке без средств на покупку еды и не интересуется его состоянием.

Умеренному риску подвержены дети в семьях, где родители очень слабо владеют навыками воспитания. К этой категории относятся родители, которые применяют методы поддержания дисциплины, не соответствующие возрасту ребенка и непонятные ребенку; кормят своих детей, но почти ничего не знают о правильном питании; пытаются присматривать за своими детьми или поддерживать дисциплину, но не могут контролировать поведение детей.

Наконец, низкий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда родители достаточно хорошо владеют навыками воспитания и в состоянии удовлетворять базовые потребности своих детей; способны обеспечить нормальное развитие детей и создать для детей безопасную среду, установить необходимые ограничения и предоставить детям достаточное стимулирование.

Существует ряд факторов, которые следует квалифицировать как сильные стороны семьи, даже если усилия родителей по воспитанию детей неэффективны или не соответствуют уровню их развития.

К ним относятся следующие:

- родители правильно понимают сигналы, которые им посылает ребёнок. Например, мама понимает, когда ребенка надо взять на руки, чувствует и понимает, когда он голоден;
- у ребенка при этом ухоженный внешний вид и мама может рассказывать о том, как она с ним общается и строит совместные планы на будущее.

#### ***4. Наличие поддерживающего семейного окружения.***

Высокий риск существует в ситуациях, когда в окружении матери отсутствуют люди, которые могли бы помочь ей с возникающими трудностями, а при этом в одиночку мама с ними не справляется и это является мощным стрессообразующим фактором для мамы и она не знает, как справляться с проблемами. Или присутствие поддерживающих ее взрослых решает задачи помощи маме, но мама при этом воспринимает этих взрослых как еще один стрессообразующий фактор. Например, к маме приходит помогать отец ребенка и иногда с ним сидит, но отношения мамы и папы очень натянуты и часто приводят к ссорам.

- Умеренный риск — несмотря на отсутствие в окружении мамы поддерживающих ее людей и на возникающие в этой связи трудности, мама находит пути решения, однако это ей удается не всегда.

- Низкий риск — в семье мамы есть люди, на которых мама может опереться. Или таких людей нет, но это никак не влияет на состояние мамы и ребенка.

### **5. Бытовые условия содержания ребёнка**

- Высоким уровнем риска мы будем считать ситуации, когда дом не предназначен для проживания, предназначен к сносу или имеются условия, угрожающие здоровью и безопасности детей.

- Умеренный риск по этому фактору существует в ситуациях, когда такие условия есть, но они минимальны и легко устранимы и родители своими действиями показывают, что их устранить возможно и устраняют их.

- Низкий уровень риска существует в ситуациях, когда место жительства мамы и ребенка не представляет никакой угрозы.

Важно принимать во внимание, что думают родители о том, какие условия проживания можно считать безопасными для детей. У родителей может не всегда хватать денег на ремонт, но при этом они могут стремиться устранить угрозу для детей посильными средствами. Например, родители не могут позволить себе купить новую мебель, однако устраняют опасность у старой (убирают острые углы, накрывают скатертью стол, где можно легко посадить занозу и т.д.). Или у родителей нет средств купить детскую кроватку, однако место, где находится и спит маленький ребенок не менее безопасно и комфортно для него.

### **6. Информация о предыдущих случаях отказов или лишения родительских прав**

- Высокий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда, например, мать неоднократно отказывалась от детей. Сейчас у нее могут быть дети, которые живут с ней, однако младший ребенок не развивается по возрасту, а его потребности не удовлетворяются. Эту информацию специалист может получить в органах опеки и попечительства или других службах по защите детей.

- Умеренным риском мы считаем ситуации, когда в прошлом у женщины были отказы или лишения родительских прав, но она жалеет об этом и пыталась вернуть детей. Однако в силу объективных причин сделать это не смогла.

Например, мама лишена прав на 2-х летнего ребенка, ребенок был отобран у матери, потому что состояние квартиры, в которой жила семья, представляло угрозу для здоровья ребенка. Тогда мать так и не смогла решить проблему, но потом она неоднократно посещала органы опеки, пыталась вернуть ребенка. При этом сейчас женщина проживает в приемлемых условиях, работает, содержит себя самостоятельно.

Или мать отказалась от ребенка в роддоме в юном возрасте под давлением родителей. С тех пор женщина родила и самостоятельно воспитывает еще одного ребенка, чьи потребности удовлетворяются.

- Низкий риск мы отмечаем, если отказов или лишения родительских прав не было.

#### ***7. Информация о предыдущих сигналах о случаях жестокого обращения с другими детьми (ребёнком) в семье***

- Высокий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда в прошлом в органы защиты детства неоднократно поступали сигналы о пренебрежении нуждами и жестоким обращением с ребенком и эти сигналы подтвердились.

- Умеренным риском мы считаем ситуации, когда в прошлом в органы защиты детства неоднократно поступали сигналы о жестоком обращении с ребенком, но они не подтвердились. Или подтвердившиеся сигналы о случаях жестокого обращения с ребенком не привели к серьезным негативным последствиям.

- Низкий риск мы отмечаем, если ранее не поступало сигналов о жестоком обращении с ребенком, семья никогда не попадала в поле зрения органов защиты детства. Или в случаях, когда жалобы, поступившие в органы защиты детства, были явно необоснованными и являлись результатом борьбы между супругами за право опеки над ребенком.

#### ***8. Восприимчивость семьи к кризисам.***

Степень, в которой семья подвержена кризисам, определяется тремя переменными факторами: уровнем стресса, переживаемым семьей, восприятием стрессовой ситуации родителями и наличием у семьи возможности прибегнуть к помощи со стороны с целью разрешения стрессовой ситуации.

- Высокий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда семья постоянно живет в условиях сильного стресса, обладает ограниченными и неадекватными адаптивными навыками и не имеет (или почти не имеет) возможности прибегнуть к сторонней помощи. Такие семьи сильно уязвимы перед кризисами. К этой категории относятся также семьи, которые сознательно отказываются от сторонней помощи или предпочитают самоизоляцию.

- Умеренный риск по этому фактору существует в ситуациях, когда семья живет в условиях значительного стресса и в целом справляется с возникающими перед ней проблемами, однако поведенческие признаки и эмоциональное состояние или настроение указывают на то, что это удается ей с большим трудом. Наличие среднего или высокого уровня тревоги, депрессии и усталости говорит о том, что появление дополнительного

стресс-фактора или утрата одного из каналов сторонней помощи может в любой момент спровоцировать кризис.

- Низкий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда потребности семьи удовлетворяются и семья живет в условиях сравнительно небольшого внешнего стресса, имеет и активно использует хорошо развитые и надежные системы поддержки и эффективные индивидуальные адаптивные навыки. Наличие в семьях, живущих в условиях сильного стресса, конструктивных адаптивных навыков (даже если они существуют лишь в зачаточной форме) представляет собой важное положительное качество. Такие семьи обращаются за сторонней помощью; эффективно используют все имеющиеся в их распоряжении ресурсы, какими бы ограниченными они ни были; по мере возможности избегают стрессовых ситуаций; используют различные методы разрешения проблемных ситуаций; проявляют готовность применить новые решения сложных проблем. Социальные работники могут оказывать семьям помощь в расширении их возможностей в плане адаптации к сложным жизненным условиям и разрешения проблемных ситуаций, тем самым сокращая уровень стресса.

### **Общий результат:**

- Высокий риск предполагает, что если органы защиты детства не вмешаются в ситуацию и ребенок будет оставлен в семье, то существует большая вероятность причинения ему серьезного вреда (вплоть до нанесения увечий и летального исхода). Конструктивные схемы поведения родителей не сформировались, либо семейные обстоятельства препятствуют их применению.

- Умеренный риск предполагает, что если ребенок останется в семье, то ему может быть причинен определенный вред. В таких случаях показано вмешательство органов защиты детства. При этом отсутствуют признаки, указывающие на то, что ребенку грозит непосредственная опасность серьезных физических травм или смерти. Это означает, что, несмотря на присутствие факторов риска, в семье применяются конструктивные схемы поведения и отсутствуют другие факторы безопасности, которые позволяют в определенной степени контролировать уровень риска.

- Низкий или нулевой риск предполагает, что ребенку в семье ничего не угрожает и вмешательство органов защиты детства с целью его защиты не требуется. Это означает, что в семье активно и последовательно применяются конструктивные схемы поведения, содействующие нормальному воспитанию и развитию детей.

**Оценка способности семьи самостоятельно  
обеспечивать ребенку необходимый уровень заботы**

Факторы, влияющие на качество родительской заботы		Риск		
		Высокий	Умеренный	Низкий
1	Возраст ребенка			
2	Темперамент новорожденного, наличие отставаний в развитии			
3	Индивидуальные особенности родителя: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Особенности поведения</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заболевания, нарушения здоровья</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Родительские навыки</li> </ul>			
4	Наличие поддерживающего семейного окружения			
5	Бытовые условия и окружение семьи			
6	Информация о предыдущих сигналах, о семейном неблагополучии, случаях жестокого обращения с другими детьми в семье			
7	Восприимчивость к кризисам			

Дата оценки

\_\_\_\_\_  
Подпись специалиста



Главному врачу учреждения  
здравоохранения (данные)

От \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата рождения, место жительства),

\_\_\_\_\_  
(регистрация, адрес, дата)

телефон \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(номер, серия, кем и когда выдан),

\_\_\_\_\_  
(семейное положение, отношение к ребенку:  
мать, отец)

### **Заявление о согласии на усыновление (удочерение) ребенка**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

даю согласие на усыновление (удочерение) моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И. ребенка)

родившегося(йся) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. указывается учреждение здра-  
воохранения где прошли роды.

Выбор усыновителей доверяю органам опеки и попечительства. Пре-  
тензии к органам опеки и попечительства по подбору усыновителей иметь  
не буду.

Правовые последствия передачи ребенка на усыновление (удочере-  
ние) мне разъяснены.

Данные о себе: рост \_\_\_\_\_ см, цвет волос \_\_\_\_\_, цвет  
глаз \_\_\_\_\_, национальность, \_\_\_\_\_  
(указывается с согласия заявителя)

профессия \_\_\_\_\_  
(указывается с согласия заявителя)

**на учете в (ненужное зачеркнуть):**

кожно-венерологическом состою (не состою)

психоневрологическом состою (не состою)

наркологическом диспансерах состою (не состою)

Данные о другом родителе ребенка (указываются с согласия заявителя):

рост \_\_\_\_\_ см, цвет волос \_\_\_\_\_, цвет глаз \_\_\_\_\_, национальность \_\_\_\_\_,  
профессия \_\_\_\_\_

**на учете в** (ненужное зачеркнуть)

кожно-венерологическом состоит (не состоит, неизвестно)

психоневрологическом состоит (не состоит, неизвестно)

наркологическом диспансерах состоит (не состоит, неизвестно)

Настоящее заявление написано мною добровольно.

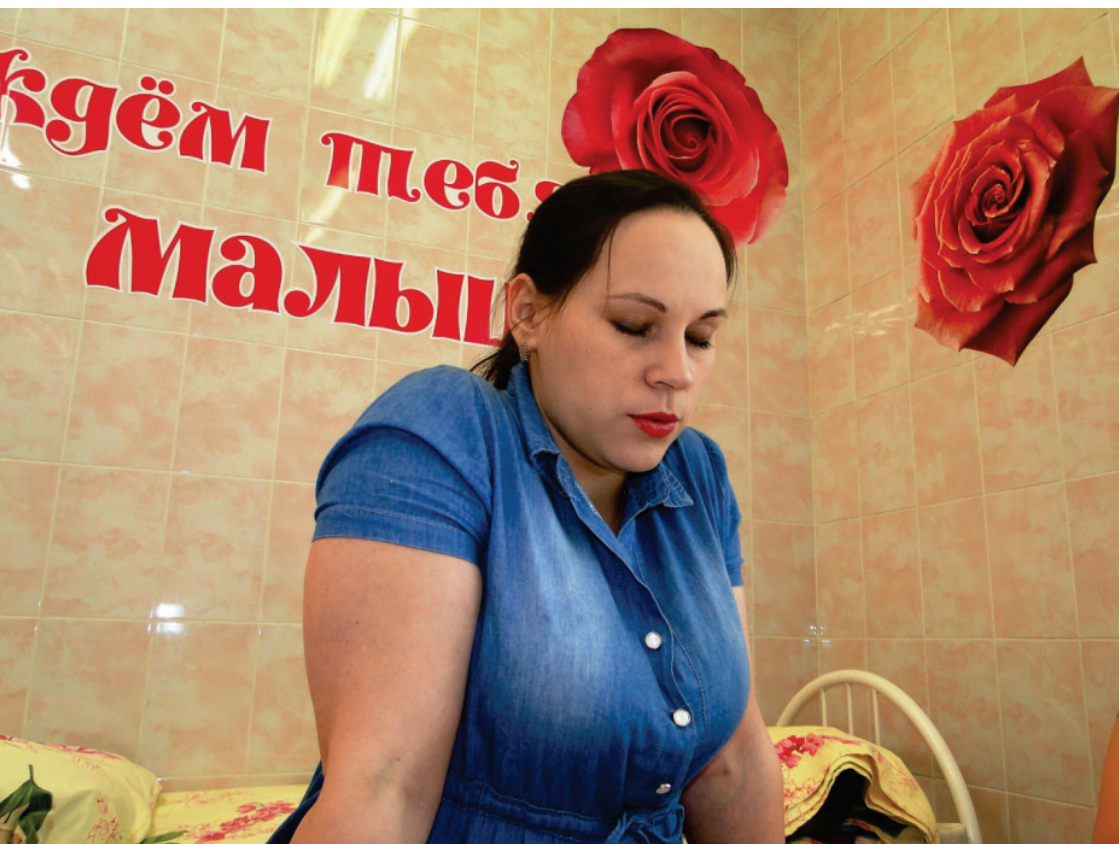
Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Подпись гр. \_\_\_\_\_ и данные паспорта заверяю.

Главный врач ЛУ \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

# РОДЫ

*Методическое пособие  
для рожениц и медицинских работников  
при подготовке беременных женщин к родам*



### **Авторы-составители:**

**Грачева Оксана Анатольевна**, медицинский психолог второй квалификационной категории ГБУЗ СО Городская больница №1 города Асбеста.

**Ицкович Марк Матусович**, кандидат психологических наук, доцент кафедры коррекционной педагогики и психологии ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», организатор психосоциальной службы Министерства здравоохранения Свердловской области.

### **Рецензенты:**

**Чадова Елена Анатольевна**, заместитель министра Министерства здравоохранения Свердловской области.

**Татарева Светлана Викторовна**, начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерство здравоохранения Свердловской области.

**Зильбер Наталья Александровна**, главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Свердловской области.

**Перцель Михаил Григорьевич**, главный внештатный психотерапевт Министерства здравоохранения Свердловской области.

## **Милые роженицы!**

Сейчас Вы находитесь в одном из самых неповторимых и ответственных моментов своей жизни.

И Вы не одна, с Вами ваш малыш и быть может другой близкий человек тоже.

Сохраняйте силы и расслабляйтесь в период раскрытия шейки матки, чтобы энергично и эффективно потрудиться в потугах. Постоянно наблюдайте за поведением малыша, прикасайтесь к нему, поглаживайте и успокаивайте его через стенку животика. Ведь для малыша это неизвестное, неожиданное событие.

Прислушивайтесь к своему телу, и оно Вам подскажет, как лучше себя вести, какое положение принять. Обязательно дышите, чтобы снабдить малыша достаточным количеством кислорода.

Соберите все свои силы и старательно трудитесь в потугах.

Главное будьте уверены, что в Вашем организме есть все необходимое для успешного прохождения процесса родов.

***Ваша поддержка, Ваш труд очень нужны малышу!  
Поддержите его, потрудитесь для него!***

***Роды – это глубоко духовный  
и сближающий процесс!!!***

В родах Ваш организм будет проходить следующие этапы.

**Шпаргалка к родам**

Родовые схватки			Роды	Плацента
Сглаживание	Раскр. шейки матки	Переходный период		
<b>Что происходит</b> Шейка матки укорачивается. Раскрытие 0-3 см.	Шейка матки раскр. до 3-8 см. Плодный пузырь разрывается или может быть вскрыт доктором.	Шейка матки раскрывается до 8-10 см. Головка плода опускается в полость малого таза.	Плод медленно начинает продвигаться вниз по родовому каналу.	Изгнание плаценты, плодного пузыря и пуповины.
<b>Время действия</b> от 2 до 6 часов.	4 - 7 часов в среднем.	Около часа.	От 20 мин. до 2 ч в среднем	5-30 мин. после выхода плода.
<b>Тип схваток</b> Умеренные. Продолжительность 20-30 сек. Интервалы 10-15 мин.	Сильные. Продолжительность 40-50 сек. Интервалы 2-5 мин.	Очень сильные, но могут стать более умеренными. Продолжительность 50-60 сек. Интервалы 1-2 мин.	Сильные. Продолжительность 50-60 сек. Интервалы 1-1,5 мин.	Умеренные. Нерегулярные.
<b>Надлежащая менталика</b> Расслабление. Замедленное дыхание.	Расслабление. Дыхание глубокое и медленное.	Дыхание по образцу.	Потуги.	Потуги.
<b>Реакция мамы.</b> Приподнятое настроение.	Возрастающая серьезность. Увеличение потребности сосредоточиться.	У повторнородящих может возникнуть позыв к потугам. Постепенное продвижение	Необходимость побороться, потребность в поддержке окружающих.	Облегчение. Повышение настроения. Чувство голода.

<b><u>Мама должна</u></b> Заметить время появления схваток и интервалы между ними. Стараться отвлекаться на повседневные дела. <b><i>Беречь энергию.</i></b> Управлять туалетные принадлежности.	Сосредоточиться на дыхании. <b><i>Опорожнять мочевой пузырь.</i></b>	плода. Увеличение активности плода. Дрожь и/или отек ног. Нарастание болей в спине. <b><i>Расслабиться.</i></b> Попросите лекарств, если оно нужно для расслабления. Расслабляться и отдыхать между схватками. <b><i>Стараться не тужиться.</i></b>	Обычно ощущение «удовлетворения» при движении плода. Расслабить низ таза. Сильно тужиться при каждой схватке.	Осторожно тужиться под руководством акушерки.
Что должен делать партнер Зафиксировать время схваток. Уложить личные вещи жены в автомобиль. Позаботиться о попутке и положить ее в машину.	Помочь разместиться в родовой комнате. Помочь занять наиболее удобное положение. Применять вместе с роженицей дыхательные методики.	Применять вместе с роженицей дыхательные методики. Помогать и поддерживать ее во время схваток. Сохранять спокойствие и массировать спину, крестец, поясницу.	Поддерживать голую и плечи, когда жена откидывается назад. Подбадривать и хвалить ее за хорошую работу. Напомнить ей посмотреться в зеркало, когда родится ребенок.	Поздравить ее с рождением ребенка и похвалить за прекрасную работу.

**ВАЖНО! СОХРАНИТЬ СИЛЫ** в период родовых схваток!!! Во время всего периода родов наблюдать за активностью плода.

Если мама заметила изменение активности (т.е. отличие от привычной для вашего малыша) необходимо сказать об этом доктору.

## Способы саморегуляции эмоционального состояния

Успешность родов во многом зависит от эмоционального настроя, с которым их переживает рожаящая женщина. Самый благоприятный вариант такого настроя – это уверенность в том, **«Роды – это естественный, физиологический процесс».**

Первый период родов – родовые схватки – это неспешный процесс ожидания готовности организма мамы «выпустить» ребенка из его уютного внутриутробного мира. Одновременно это самая длительная стадия родов. Поэтому роженице крайне важно предоставить своему организму достаточное время для естественного протекания процесса раскрытия шейки матки.

Для более эффективного и спокойного состояния на первом этапе родов можно использовать **методы саморегуляции** своего эмоционального состояния:



Рис. 1

**1. «Разрядка».** Это упражнение заключается в поочередном надавливании четырех точек в области губ (рис. 1). Необходимо в течение трех секунд указательным пальцем массировать точку 1. Затем после перерыва в 10-15 секунд нажимать на точку 2. После второго перерыва следует одновременно массировать точки 3 и 4. Результатом будет расслабление мышц всего тела. Затем нужно сесть, расслабиться, имитируя засыпание и постепенно урежать дыхание, обращая особое внимание на удлинение выдоха. Через 3-5 минут исчезнут многие негативные ощущения.



Рис. 2

**2. «Антистресс».** Это упражнение также снимает чрезмерное, эмоциональное напряжение». Для этого в течение трех секунд необходимо плавно и равномерно надавливать на антистрессовую точку», которая находится под подбородком (рис. 2). При массировании этой точки Вы почувствуете легкую ломоту, жжение. После массирования указанной точки, расслабьтесь, представьте состояние исто-мы, постарайтесь вызвать приятные образы.



Через 3-5 минут, потягиваясь на зевке, напрягите, а затем расслабьте все мышцы тела.

«Методика «погружение в цвет» – рекомендуется для активации положительных внутренних качеств и энергии. Данная методика состоит из нескольких этапов:

1. Примите удобное, комфортное положение, расслабьтесь. Лучше всего это упражнение делать лежа, достигается необходимый эффект расслабления.

2. Выберите один из предложенных цветов:

- Красный, если нуждаетесь в силе и выносливости.
- Зеленый, если хотите почувствовать больше эмпатии и любви к ближнему.
- Голубой, если испытываете напряжение и нуждаетесь в расслаблении.



3. Представьте этот цвет в виде пирамиды у вас над головой. Спокойно наблюдайте, за этой пирамидой, она медленно начинает опускаться. Чувствуйте, как она проникает в вас. Она проходит сквозь ваше тело, растворяясь, и очищая его от негативных эмоций и настроений. Ощутите себе в центре этой цветной пирамиды. Насладитесь ее свойствами и впитайте их в себя.

4. Теперь позвольте выбранному цвету омыть вас с головы до ног, то есть в направлении от макушки к стопам. Вообразите, как поток этого цвета проходит сквозь вас и в конце концов вытекает в канализационную трубу. Затем проверьте себя. Если вы все еще ощущаете в каком-либо месте вашего тела остатки негативных чувств, направьте туда цветовой поток и промойте эту область.

Для еще большей эффективности схваток роженица может «подключить» **силу своего воображения**:

1. В течение схватки представляя себе непосредственно свою шейку матки в любой проекции как Вам проще, наблюдать процесс ее плавного раскрытия – увеличения отверстия цервикального канала, процесс укорочения и размягчения шейки. Параллельно отдавая приказ шейке к укорочению, размягчению, плавному раскрытию и готовности к родовой деятельности.



2. По желанию женщина может использовать различные образы раскрывающейся шейки – это может быть бутон распускающегося цветка, раскрывающееся постепенно увеличивающееся отверстие из темного коридора. В том цветовом диапазоне, в котором кажется наиболее приятным. Приближающийся выход из тоннеля, приближающийся яркий свет, разрастающийся солнечный свет. Либо другой приятный для женщины образ, с которым ассоциируется шейка матки.



Для моделирования настроения, восстановления сил и положительного настроя возможно использование музыкальных произведений, которые нравятся роженице. Можно порекомендовать следующие **музыкальные произведения**:

1. При переутомлении и нервном истощении – «Утро» и «Песня Сольвейг» Э. Грига; «Полонез» Огинского, «Рассвет на Москве-реке» Мусоргского, «Павана» Равеля, «Симфония №1, ч. 2» Калинникова, Ария из «Бразильской бахианы №5» Вилла Лобоса, «Адажио» Альбини и др..

2. При угнетенном меланхолическом настроении – «К радости» Бетховена, «Ауе Мала» Шуберта, «Танец Анитры» Грига, «Танец феи Драже» и «Танец пастушков» из балета «Щелкунчик» Чайковского, «Маленькая ночная серенада, аллегро» Моцарта, «Весна, аллегро» Вивальди и др.

## Вертикальные положения в период раскрытия шейки матки

Во время родов надо держаться раскованно и свободно, инстинктивно подбирая для своего тела самую удобную позу. Главным инструментом, который помогает наиболее комфортно пройти период раскрытия шейки матки, является **расслабление**. Расслабляя все мышцы своего тела, Вы позволяете каждой схватке раскрывать шейку матки наиболее эффективно. Тем самым сокращая время раскрытия шейки матки и сохраняя силы, которые понадобятся вам в потужном периоде.

Очень важно помнить, что Вы являетесь источником кислорода для ребеночка – поэтому, старайтесь **не задерживать дыхание**, даже на очень интенсивных схватках. Дышите глубоко и спокойно, при желании применяя рекомендуемые техники дыхания.

Самые лучшие положения при родах такие, при которых сила тяжести способствует прохождению плода по родовым путям. Занять такие положения Вам помогут **большой мяч и мягкая подушка**, которые можно попросить у медперсонала в Вашем индивидуальном родзале.

На первой стадии родов, пока схватки идут еще не так часто, можно ходить, останавливаясь на время схваток и опираясь на стол или подоконник, спинку стула или кровати. Во время схватки мягко покачивайте бедрами, широко разведя колени в стороны.



Также опорой для отдыха на время схватки может быть и партнер.



Если же вы предпочитаете сидеть, лучше это сделать с широко разведенными ногами, поскольку сомкнутые ноги мешают нормальному течению родов и тормозят раскрытие шейки матки. Сидеть во время схваток предпочтительнее **на мягкой поверхности** (это позволит эффективно расслабить мышцы промежности). Замечательно подойдет большой мяч или мягкий стул, как показано на фото ниже.







Всегда следите, чтобы колени были широко разведены, это помогает увеличить объем таза, что способствует раскрытию и продвижению ребенка по родовым путям.



Присутствие рядом близкого человека помогает еще больше расслабиться. А надежные поддержки становятся настоящей опорой во время схваток.

Эмоциональный контакт с партнером дает возможность согласовать дыхание, «выплеснуть» эмоции, выбрать эффективное «родовое поведение».





В объятиях партнера можно плавно покачиваться, расслабляясь еще больше. При этом партнер может делать обезболивающий массаж поясницы для облегчения схваток.





Многие рожаящие женщины стремятся встать **на четвереньки** интуитивно занимая наиболее благоприятную позу. Так роженица чувствует себя раскованно, и её передвижения в пространстве не ограничены размерами кровати. Поза на четвереньках удобна и тем, что матка не давит на позвоночник и сосуды, проходящие перед ним, не поджимает диафрагму и кишечник, а мышцы живота расслаблены. Тем самым маме становится легче дышать, улучшается кровоснабжение органов малого таза, снимается нагрузка с позвоночника, а ребенку поступает больше кислорода, что является профилактикой кислородного голодания.

Очень хороша поза «лотос», её ещё называют «сидя по-турецки». При этом живот смещается вперед, давая отдых позвоночнику, тазовые кости раздвигаются, а мышцы промежности расслабляются.



В положении с опорой для спины создается ощущение комфорта и защищенности. Партнер может совершать отвлекающие массажные движения во время схватки. Массаж плечевого пояса углубит состояние расслабления роженицы.

Все положения, где роженица сидит рекомендованы только на этапе раскрытия шейки матки не достигшей полного раскрытия. Уточните у акушерки можно ли Вам еще сидеть.



Чем сильнее и чаще становятся схватки, тем важнее для женщины умение **максимально расслабиться**, и вертикальное положение этому даже способствует.



Встаньте на колени, широко разведя их в стороны и обопритесь грудью на большой мяч или край кровати. Позаботьтесь также о мягкой подстилке, иначе ваши колени очень быстро почувствуют все неровности пола.



В определенный момент в родах Вы почувствуете распирающее давление внутри – это головка ребенка, воздействуя на шейку матки сверху помогает ей раскрываться. Для удобства можно занять наклонные положения, в которых такое давление ослабнет. В положениях на фото голова ребенка не так сильно давит на шейку матки, что облегчает неприятные ощущения во время схваток.

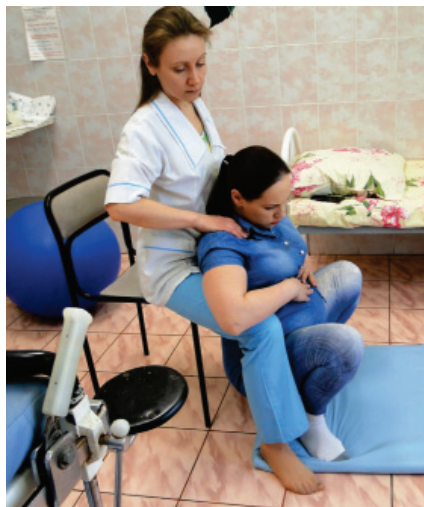


Обратите внимание на сравнение этих двух положений. Когда Вы опускаете ягодицы на пятки – положение становится более вертикальным, а когда Вы приподнимаете таз – даете себе отдых от воздействия головки ребенка на шейку матки сверху.





Когда ребенок начнет движение по родовым путям, после полного раскрытия шейки матки – очень важно быть в вертикальном положении, чтобы сила притяжения земли помогала ребенку продвигаться. Помощник помогает женщине занять удобную позу, поддерживает её в положении сидя на корточках.



Так же женщина может и одна, навалившись на что-то мягкое сзади (подушка, мяч) либо повиснув на чем-то руками – принять позу на корточках.



Это положение способствует продвижению ребенка по родовым путям, так как угол наклона таза наиболее удобен для этого, а гравитация становится вашим помощником. Промежность расслабляется и равномерно растягивается, что предупреждает разрывы. Со спины снимается напряжение. Ваш таз расширяется, и его емкость значительно увеличивается, что особенно важно, если рождается крупный ребенок.

Можно также помочь себе, максимально раздвигая колени согнутыми локтями.



Используя данные положения в переходной фазе родов (т.е. когда схватки будут длиннее 1,5 минут), Вы значительно сокращаете потужной период родов.



Возникает желание повисеть на опоре – положения помогают головке малыша опуститься на тазовое дно.



В процессе родов лучше всего следовать за своим телом, именно оно подскажет положение, действительно подходящее для вас. Если роды длятся долго и вы устали от вертикального положения, попробуйте лечь на бок, положив под согнутую ногу подушку. В это время экономьте силы, обязательно отдыхайте и расслабляйте все тело, тогда и схватки будут менее болезненными.



Желание широко развести ноги, увеличивая пространство родового канала – инстинктивная потребность мамы. Положение подходит для переходного периода родов.





## Методы самообезболивания

Залогом успеха в обезболивании родов является позитивное отношение к схваткам. Необходимо понять, что только благодаря схваткам и эффективной работе матки по раскрытию шейки Ваш организм будет готов к потужному периоду родов. Поэтому, каждую схваточку мы будем встречать с радостью, расслаблять всё тело и помогать процессу раскрытия шейки матки идти наиболее эффективно.

**1. Если в родах вы почувствовали боль в пояснице, необходимо:**



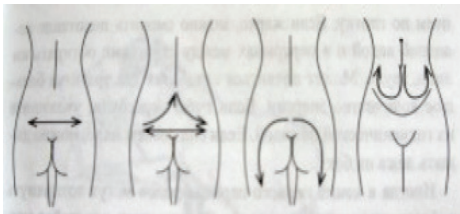
помассировать внутреннюю боковую часть ступни, двигаясь по направлению от пятки к большому пальцу (большой палец руки ритмично вдавливается в ткань, затем расслабляется и смещается на 1-3 мм, повторяя массирующее движение).



или помассировать пятку посередине, немного смещаясь к внешней стороне ступни (большой палец легко надавливает на ткани пятки).



или же верхнюю часть ладони ближе к большому пальцу: проводится поглаживание изнутри наружу с легким надавливанием (рефлекторная зона).

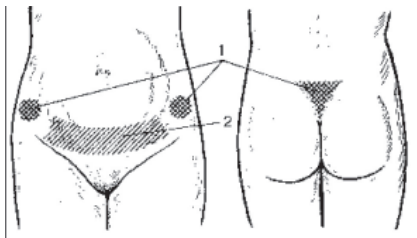


Можно помассировать поясницу с помощью мочалки или расчески.



## 2. Если чувствуете боль в низу живота, вам помогут:

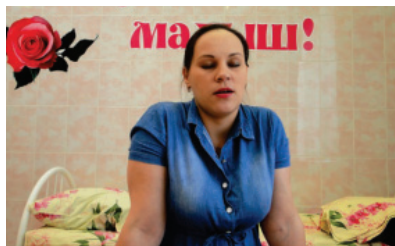
- Легкое касание низа живота (только низа!) и растирание его ладонями;



- Элемент массажа шиацу: точка, которая способствует родовым схваткам, находится на внешней стороне мизинцев ног под ногтями (во время схватки сжимайте мизинцы большим и указательным пальцами);
- Массаж ахиллесова сухожилия с внешней стороны под лодыжкой: совершайте вращательные движения подушечками пальцев, не сильно надавливая на ткани (рефлекторная зона).

3. **Протягивание звука М.** Сделайте глубокий вдох носом, а на выдохе попытайтесь медленно протянуть звук «м» с понижением тона при закрытом рте. Во время протягивания этого звука нельзя сосредотачиваться на нем, нужно как бы выпускать звук всем телом, то есть создать ему объемность. Чем сильнее боль на схватке, тем громче должен быть звук «м».

4. **Протягивание звуков.** Аналогичная техника, только здесь вы протягиваете гласные звуки с открытым ртом. На слабой боли тяните звук «о», на сильной – звук «а».



5. **Согревание и охлаждение кожных покровов** – теплые компрессы на нижнюю часть живота, область паха или промежности, согревание всего тела теплым одеялом, пузырь со льдом на поясницу, анус, промежность.

## 6. В момент схватки можно проговаривать формулу:

*«Я спокойна. Схватка показатель родовой деятельности. Постепенно схватка будет усиливаться. Дыхание у меня ровное, глубокое. Мышцы расслаблены. Схватка заканчивается. После этого будет период отдыха».*

## 7. Между схватки можно проговаривать формулу:

*«Я спокойна. Контролирую себя. Моё дыхание ровное, спокойное. Мышцы всего тела расслаблены. Между схватками организм отдыхает. Роды у меня протекают благополучно. Я спокойна, я хорошо ощущаю шевеление моего ребенка. Состояние ребенка хорошее. Я за него спокойна. Мы вместе».*

Главное что женщине необходимо помнить в родах, спокойное отношение ко всему происходящему, терпение, мудрость и доверие к природе, помощь малышу в этот непростой момент – это то что необходимо для благополучного протекания этого естественного процесса.



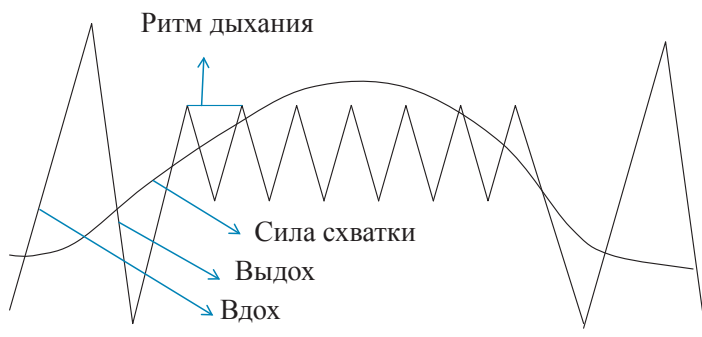
Всегда старайтесь держать мышцы лица расслабленными, в том числе и мышцы губ. Поскольку все круговые мышцы в нашем организме взаимосвязаны – расслабляя мышцы на лице, вы помогаете естественному раскрытию шейки матки.

Для первой стадии родовых схваток предлагается три методики ритмичного дыхания: замедленное дыхание, видоизмененное дыхание и «образцовое».

Всегда в начале и конце схватки делайте **очистительное дыхание** – глубокий вдох всей грудью и полный выдох.

**Замедленное дыхание.** Это основной прием. Ритм дыхания при этом контролируется, и он медленнее нормальной скорости **по крайней мере в половину.**

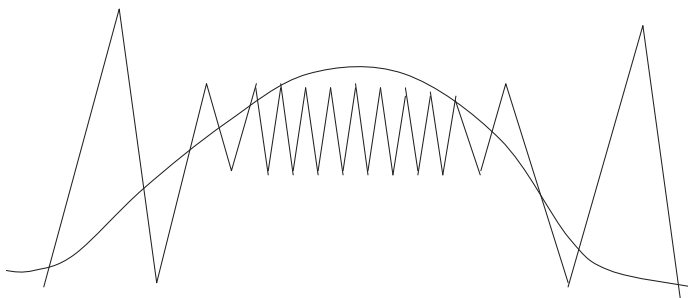
**Когда начинается схватка, подышите полной грудью, медленно вдыхая через нос и выдыхая через слегка раздвинутые губы, при выдохах как бы выпуская напряжение. Дышите медленно и ритмично, подсчитывая ваши дыхания, чтобы убедиться, что они приблизительно составляют половину от вашей нормальной скорости.**



**Видоизмененное дыхание.** Когда схватки становятся более продолжительными, сильными и трудноуправляемыми, вам понадобится изменить дыхание, увеличив его скорость(но не более чем вдвое, по сравнению с нормальной) на пике схватки.

**Начинайте с очистительного вдоха и обычного темпа дыхания и с увеличением интенсивности схватки, дышите чаще. Когда схватка ниспадает снова замедляйте темп дыхания.**

Продолжайте сосредоточиваться на том, чтобы оставаться расслабленной, когда вы несколько увеличите скорость дыхания на высшей точке напряжения. Старайтесь дышать без всяких усилий.



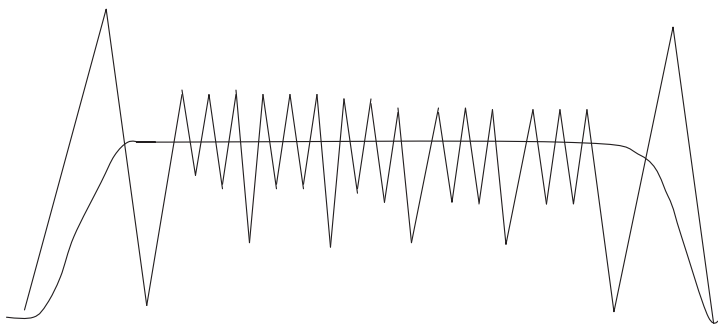
**Дыхание по образцу.** Применение такой техники особенно полезно на переходной фазе родов, но вы можете обратиться к ее помощи и в другое время, когда схватки станут особенно сильными.



Отличие этой методики от видоизмененного дыхания в том, что за последним вдохом образца следует – выдувание воздуха. Сложите губы трубочкой, расслабьте щеки и попробуйте выдуть воздух. Образец может видоизменяться от 6 вдохов и 1 выдувания до 1 вдоха и 1 выдувания.

Включение в ритм выдувания не только прервет монотонность ритмичного дыхания и обеспечит большее сосредоточение, но и поможет вам предотвратить какой-нибудь преждевременный позыв к потугам. Если же вы почувствуете, что потуга вот-вот пересилит все ваши старания по ее удержанию, то характер вашего дыхания должен стать таким: **вдох-выдувание – вдох-выдувание – вдох-выдувание – вдох-выдувание...** до тех пор, пока такой позыв не пройдет. Это снимает давление диафрагмы, устраняя ее из процесса выталкивания младенца.

На рис. представлен образец дыхания **2 вдоха-выдоха 1 вдох-выдувание.**



*Пирамидальный образец.*

5вдохов-выдувание-4-выд-3-выд-2-выд-1-выд-2-выд-3-выд-4-выд-5 и опять все сначала.

Это заставит вас считать каждое дыхание и потребует большей концентрации внимания.

*Сигнальный образец.* При помощи спутника.

Партнер выбрасывает любое от 1 до 5 количество пальцев, а роженица дышит поверхностно и после указанного количества – выдувает воздух через расслабленные губы.



**Дыхание при потугах.** Начало и конец каждой схватки встречайте глубоким очищающим дыханием. При выталкивании помните, что нужно расслабить мускулатуру нижней части таза, как в упражнении Кегеля. Думайте о выталкивании вниз за пределы влагалища.

**Как только потуга начинается, сделайте глубокий вдох – выдох, опять глубокий вдох (максимальное опущение диафрагмы). Задержите дыхание(лучше с помощью голосовых связок, с приоткрытым ртом). Надавите мышцами живота вниз и как бы наружу через влагалище. Держите дыхание как можно дольше. Когда не сможете больше не дышать, плавно(!) выдохните (при резком выдохе головка плода резко подается назад, если это повторится не раз, вы травмируете головку ребенка), вновь глубокий вдох и продолжайте тужиться до конца схватки.**

Теперь ваша задача максимально использовать потугу для выталкивания плода. С каждой потугой головка будет все больше врезываться, пока не найдет точку опоры для разгибания. С этого момента даже если потуга идет, необходимо перестать тужиться и дать возможность вывести головку плода. Дышать часто, глубоко и ровно. Расслабить мускулатуру и пристально слушать акушерку.



## Навыки папы (партнера) во время партнерских родов



### Памятка для папы (партнера)

1. Помогайте женщине сохранять спокойствие и уверенность в себе.
2. Гормоны родов – это гормоны любви. Выражайте свою любовь друг к другу.
3. Не забывайте о малыше. Рождение – это главное событие его жизни, встречайте своего ребенка с радостью.
4. Чувство юмора придет на помощь в трудную минуту, смех снимает напряжение.
5. Ненавязчиво предлагайте жене свою помощь, смену позы, массаж, ванну. Будьте чутки к ее потребностям, и не обижайтесь, если она отвергает ваши предложения.
6. Помните, что психологическая поддержка и понимание важнее практической помощи.
7. Говорите роженице, что все идет хорошо, что она – молодец, что вы ее любите, и что совсем скоро вы встретитесь с вашим долгожданным ребенком.

## Правильно вести себя на разных стадиях родов

**В начале родов** – партнер может:

- измерять частоту схваток (от начала одной схватки до начала следующей). Нужно замерять схватки чаще, если они учащаются;
- поддерживая дух женщины, партнер должен быть спокойным и расслабленным как внутренне, так и внешне, сохранять чувство юмора. Партнер может выполнять расслабляющие упражнения вместе с роженицей или сделать ей легкий массаж; Избегайте пока дыхательных упражнений.
- занимать роженицу чем-нибудь, можно почитать вслух, поиграть во что-то, сделать короткую прогулку;

Когда **схватки становятся более продолжительными** (40-60 секунд) партнер поможет:

- отвлечься от боли, рассказав что-нибудь между схватками;
- поднять дух и ощутить уверенность в своих силах;
- выполнять дыхательные упражнения; Если дыхание будет слишком интенсивное, появятся головокружение, «мурашки» нужно подышать в плотно сложенные ладошки, т.е. при вдохе втянуть этот же воздух еще раз.

— переживать схватки вместе. Важно похвалить роженицу за терпение и напомнить, что каждая схватка приближает окончание родов и встречу с ребенком.

— может массировать живот или область крестца роженицы, применять другие техники;

— облегчить состояние роженицы, смачивая салфетку в холодной воде и протирая ей лицо, подавая кусочек льда для сосания или напитков;

**В переходной фазе родов**, когда схватки длятся по 1,5-2 минуты партнер может:

— поднимать дух роженицы взглядом и прикосновением, но не словами;

— сделать массаж или надавливать на крестец.

— глубоко дышать вместе с роженицей во время схваток, если ей это помогает;

— помочь ей в распознавании начала и конца схватки;

— помочь роженице расслабиться во время промежутков между схватками;

— напоминать ей о ровном ритмическом дыхании;



— сообщить врачу о непрерывных схватках. Возможно, что шейка уже полностью раскрылась;

— дать роженице кусочек льда для сосания, а также часто вытирать ей лоб мокрой салфеткой.

Когда **начинаются потуги**, состояние женщины коренным образом меняется. Ощущения потуг могут быть запредельны, а естественная анестезия изменяет состояние сознания. Необходимо заранее определить будет ли присутствовать партнер в непосредственной близости. Можно быть не вместе, но где-то близко. Если же партнер рядом он должен:

— поддерживать дух роженицы, говорить нежные слова, хвалить ее;

— можно приложить холодное полотенце на лоб, шею и плечи роженицы;

— подпирать ей спину во время потуг, держать за руку, информировать о ходе родов, вытирать лоб, если роженица этого хочет;

— зажать и подвязать пуповину ребенка по предложению врачей, взять новорожденного на руки после обрезания пуповины.

### **Массаж в родах**

**Восьмерка.** Возьмите большую подушку и попросите будущую маму встать на колени, развести их мягко в стороны, сесть на пятки, и опустить лоб на руки, скрещенные на подушке. Эта поза ребенка, довольно часто используется на схватках, и в этой позе удобно делать массаж спины. Теперь положите руки ей на плечи и мягким движением рисуйте «восьмерку» на ее спине. Первый раз руки встречаются на пояснице, второй — на копчике, а затем тыльной частью кистей проведите вдоль позвоночника снизу вверх, и повторите снова круговые движения вниз.

**Вкручивания.** Теперь сожмите руки в кулаки и очень легкими движениями вкручивайте кулаки в область поясницы и крестцового отдела позвоночника по обе стороны позвоночного столба (не нажимая на сам позвоночник!). Постепенно увеличивайте силу нажатия, но не забываете ориентироваться на ощущения будущей мамы. Она должна подсказать вам силу нажатия и те области, которые «просят» такого растирания.

**Точечный массаж.** Следующий прием массажа, выполняется большими пальцами рук. Вы надавливаете ими на точки, распо-



женные вдоль позвоночника снизу вверх. Можно ограничиться только крестцовым и поясничным отделами, а можно подняться до шеи. Некоторые точки будут особенно чувствительны к вашим прикосновениям, можете задержаться на них, если нет ощущения сильной боли, опять же, ориентируйтесь на ощущения женщины.

**Надавливание.** Положите ладонь одной руки на другую и расположите их на крестце, постепенно увеличивая силу надавливания. Этот прием очень поможет на сильных схватках и потугах, если потуги будут проходить вертикально или в позе на четвереньках.

### **Умение удалиться, если партнер в тягость роженице.**

Женщине важно знать, что не стоит стесняться или пересиливать себя, если вдруг вы поняли, что присутствие мужа вас сковывает, заставляет слишком сдерживаться. У многих женщин на завершающей стадии родов начинается фаза «гонения пап». Договоритесь заранее об условных жестах или словах. Это должен быть «стоп сигнал»: если женщина его вдруг подаст, мужу надо безоговорочно и быстро покинуть родовую.

Главное, чтобы в этот момент не возникло споров и обид. Обсудите заранее возможность того, что вы передумаете в последний момент. Роды – особенно первые – для женщины новый опыт, и она не может

знать, чего от себя ожидать. Женщине во время родов крайне важно чувствовать себя свободно.

### **Обязательно присутствовать после родов**

Ранний тактильный контакт отца с младенцем способствует формированию надежной привязанности. Отцы, державшие на руках новорожденных детей, больше включены в воспитание и уход за ними. Они не боятся ребенка и чувствуют себя компетентными.

Мужчина может сделать для только что родившей жены очень многое:

- Выразить жене любовь и признание, обнять ее, помочь расслабиться.
- Подержать на руках ребенка.
- Поднести жене напиток, так как она может хотеть пить.
- Сделать первые снимки новорожденного с мамой.
- Помочь, когда это будет возможно отправиться в послеродовую палату.



*Рождение ребенка – это продолжение вашей любви, событие, в полной мере принадлежащее как женщине, так и мужчине, и роль папы ничуть не менее значима, чем роль мамы. И отцы вполне заслуживают благодарность за их помощь и поддержку.*

Учитесь, уважать  
этот момент рождения.  
Может хрупкий, тонкий,  
неуловимый, как сон в предраассветный час.  
Мы находимся на развилке двух дорог,  
двух миров.

Ребенок перед нами, он нерешителен.  
Ради Бога, не подталкивайте его!  
Не хотите же вы, чтобы он упал?  
Позвольте маленькому существу войти  
по собственному усмотрению,  
в своем собственном темпе и ритме.  
Позвольте ему не спешить.

Птица учится летать.  
Она тяжела и неловка, волочит громоздкие крылья.  
Вы видите ее неуклюжей, а потом...  
вот она уже летит!  
Она оторвалась от земли и парит в воздухе, который делает ее  
легкой и грандиозной.  
Как перешла она из одного царства в другое?  
Это настолько тонко, что глаз не может это уловить.  
Это неуловимо настолько же, как отрешение  
от времени.

Или волна, которая поднимается  
неуловимо и неотразимо,  
и снова опускается.  
В какой момент все переменялось?  
Достаточно ли чувствительны ваши уши,  
чтобы услышать дыхание океана?  
Не касайтесь грубыми руками рождения,  
этой волны, идущей вслед за другой волной,  
рожденной из моря и покидающей его.  
Вы ничего не поймете в этой тайне.  
Позвольте ребенку прийти самому; он знает как.

Оставьте его и вы увидите,  
одна волна вытолкнет его на берег,  
другая подхватит и подымет немного выше.  
Третья – еще, и вот, наконец, он вышел из воды.  
Его держит Земля.  
Он вышел из бездны.  
И опьянен своим существованием.  
Не нарушайте ничего.  
Подождите.  
Это первый восход.  
Оставьте же первой заре всю ее величественность.

Подождите и позвольте рождению  
быть медленным и достойным.  
Этот ребенок просыпается и первый раз.  
Не трогайте его,  
пока он совсем не оставит царство сна.

Посмотрите,  
одна ножка еще бежит и задерживается в саду сновидений,  
а другая только что соскользнула с края постели!  
Он вступил в течение времени  
и покинул вечность.  
Ребенок принялся дышать!



## Литература

1. Айламазян Э. К. Акушерство. Учебник для медицинских вузов. – СПб.: Специальная литература, 2007. – 528 с.
2. Вантурина Т. Б. Книга-практикум для подготовки к родам, – СПб.: Изд-во Н-Л, 2011. – 96 с.
3. Дик-Рид Г. Роды без страха. – М.: Столица-Принт, 2005. – 304 с.
4. Ермолаев О. Ю. Правильное дыхание. Практическое пособие. – М.: Флинта. Наука, 2001. – 192 с.
5. Захаров А.И. Ребенок до рождения. – Санкт-Петербург, “Союз”, 1998
6. Лебуаер Ф. Роды без боли и страха. Москва, “Рипол-классик”, 2005.
7. Ледина В. Ю., Сухооская Т. Б. Методические рекомендации. Методика комплексной психофизиологической подготовки беременных к родам. – СПб.:Амалтея, 2001. – 28 с.
8. Матафонова Т.Ю., Елисеева И.Н., Беленчук И.В., Хабердия К.О., Елокова И.С., Жукова Ю.Л., Лернер Т.В. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ Приемы психологической саморегуляции Часть 1 Методы и приемы саморегуляции, выполняемые самостоятельно. Москва 2006
9. Оден Мишель. Возрождённые роды
10. Оден Мишель. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? Москва, Международная школа традиционного акушерства, 2006.
- 11.Равич Р. Письма будущей маме.
12. Родить и возродиться. – Москва, “Знание”, 2000.
13. Самусев Р. П., Липгенко В. Я. Атлас анатомии человека, 6-е изд. – М.: Оникс 21 век, 2006. – 703 с.
14. Сидорова И. С. Физиология и патология родовой деятельности. – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 240 с.
15. Сирз Уильям и Марта. Готовимся к родам
16. Серз Уильям и Марта. Мы ждем ребенка. – Москва, “Крон-пресс”, 2000
17. Свечникова М. Роды без травм. Санкт-Петербург, “Пионер”, Москва, “АСТ – Астрель”, 2001
18. Сметанкин А. А. Учитель здоровья. – СПб.: Питер, 2003. 160 с.
19. Стрельникова Д. Девять месяцев и вся жизнь.
20. Чопра Дипак. Беременность и роды. Волшебное начало жизни. Москва “София” 2007

**КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН  
В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ:  
как и о чем говорить**

*(учебно-методическое пособие)*

**Часть 1**

**Организация и содержание консультирования  
в сложных ситуациях репродуктивного поведения**

**Автор:**

**Ицкович Марк Матусович** — канд. психол. наук, доцент кафедры общей и социальной психологии Уральского федерального университета; организатор медико-социальной службы по охране материнства и детства Министерства здравоохранения Свердловской области.

**Рецензент:**

**Перцель Михаил Григорьевич** — психотерапевт, главный врач Свердловской областной клиники неврозов «Сосновый бор», главный внештатный психотерапевт Свердловской области.



## ВВЕДЕНИЕ

Неудовлетворенные социальные потребности превращаются в патологические мотивы поведения.

*Т. Шибутани.*

### Уважаемый читатель!

Предлагаемое пособие посвящено проблемам организации и ведения консультативного приема. Его основная идея — дать понимание процесса консультирования с нуля и до решения серьезных проблем. Консультанту без психологической подготовки пособие даст структуру и основные навыки консультирования в разных жизненных обстоятельствах. Начинаящий психолог-консультант сможет пройти дальше и получить алгоритмы консультирования сложных жизненных проблем и состояний. Психолог, работающий в репродуктивной сфере, получит все это и еще набор конкретных методик в различных случаях репродуктивного консультирования.

Пособие имеет несколько нюансов. Во-первых, оно понимает людей в трудной жизненной ситуации как людей временно или постоянно отчужденных от общества. Это позволяет рассматривать их психологические проблемы, зачастую весьма острые, как проблемы социальной адаптации. Во-вторых, в пособии большое внимание уделено консультированию кризисных состояний и проблем.

Хочу отдельно поблагодарить профессора Бориса Николаевича Алмазова, внесшего в это пособие острый и прагматичный взгляд психиатра-практика. Также выражаю свою признательность перинатальному психологу Костаревой Елене Николаевне за подборку реально работающих консультативных практик в перинатальной психологии.

Главная мысль, стоявшая у меня в голове при написании этого пособия, проста: **За жизнь!**

## **Глава 1. Место психолога-консультанта среди специалистов-смежников: психологическое консультирование, психологическая коррекция и психотерапия**

В практической работе с людьми всегда полезно ответить на два вопроса: В чем суть моей работы? Где границы моей работы?

В случае с психологическим консультированием мы действуем в поле деятельности смежных специалистов: врачей соматической направленности (влияние болезней на психику), врачей –психиатров (расстройства психики, судебно-психиатрическая экспертиза), юристов (нарушение прав личности и моральный ущерб), специалистов по социальной работе (социальная адаптация, ресоциализация личности), педагогов и воспитателей (воспитание и нравственное ориентирование личности), со священниками и религиозными авторитетами (духовное и аксиологическое самоопределение).

Ситуация еще более осложняется, если психолог ведет работу с людьми нетипичных телесных состояниях: с беременными женщинами и роженицами (перинатальная психология), с умирающими людьми и их родственниками (паллиативная психология), с жертвами насилия и различного рода катастроф (экстремальная психология), с детьми с ограниченными возможностями здоровья (специальная психология).

Где здесь суть работы психолога? Где его место? Ответим метафорично: в обнимку с клиентом. Если внимательно посмотреть, то каждого из означенных выше специалистов интересует свой предмет, а вот психолога-консультанта интересует именно личность клиента и его субъективной отношение к происходящему с ним.

Такой признанный специалист как Ю.Е. Алешина, определяет психологическое консультирование как непосредственную работу с людьми, направленную на решение различного рода психологических проблем, связанных с трудностями в межличностных отношениях, где основным средством воздействия является определенным образом построенная беседа.

Соответствующая, определенным образом построенная, форма беседы активно используется и в психокоррекционной работе, и в психотерапии. Но если консультирование ориентировано прежде всего на помощь клиенту в реорганизации его межличностных отношений, то психотерапевтическое (психокоррекционное) воздействие ориентиро-

вано на решение глубинных личностных проблем человека, лежащих в основе большинства жизненных трудностей и конфликтов. Конечно, и там и там затрагиваются проблемы личности и адаптации, но вот длительность занятий и применяемые методы значительно различаются.

Каким же образом можно разграничить консультирование и психотерапию? В чем смысл разделения проблем клиентов на межличностные и глубинные личностные, о котором уже упоминалось выше? Ключевым отличием является фокус излагаемых проблем: причина проблем в социуме или во внутренней неполадке человека. Проблемы нарушения адаптации личности в социуме практически всегда подчеркивают негативную роль других в возникновении собственных жизненных сложностей. Проблемы же, имеющие под собой потребность в глубинной психотерапевтической работе, связаны с неспособностью клиента контролировать и регулировать свои внутренние состояния, потребности и желания.

Направленность локуса жалобы и готовность человека определяют и форму работы с ним. Основная задача психолога-консультанта состоит в том, чтобы помочь клиенту посмотреть на свои проблемы и жизненные сложности со стороны, продемонстрировать и обсудить те стороны взаимоотношений, которые, будучи источниками трудностей, обычно не осознаются и не контролируются. Основой такой формы воздействия является прежде всего изменение установок клиента как на других людей, так и на различные формы взаимодействия с ними. В ходе консультативной беседы клиент получает возможность шире взглянуть на ситуацию, иначе оценить свою роль в ней и в соответствии с этим новым видением изменить свое отношение к происходящему и свое поведение.

Так как это пособие рассчитано на людей, в том числе и не имеющих специальной подготовки в области психотерапии (психокоррекции), обозначим эти различия достаточно четко, чтобы обозначить область, где могут работать специалисты-консультанты, от тех случаев, где для эффективной помощи уже необходимы специальные знания и определенная личностная подготовка.

Попробуем определить границы психологического консультирования в сравнении с профессиональной функцией смежников.

*Психиатры* в отличие от врачей, занимающихся физическим (соматическим) здоровьем, которые в большинстве случаев подтверждают свои выводы объективными результатами лабораторных анализов,

не приходится надеяться ни на кого, кроме себя. Он вынужден строить свои умозаключения, ориентируясь на описания симптомов, установленных корифеями, чье мнение признано за эталон профессиональным сообществом.

Сразу следует сказать, что у психиатра, по сравнению с психологом-консультантом, есть несколько существенных отличий:

— психиатра интересуют не особенности личности пациента, а установление симптомов и синдромов психического заболевания. Заболевание зависящего не от личности, а от нарушения органической, биологической основы деятельности организма. Тем не менее именно психиатр призван интерпретировать неочевидные связи между переживаниями и поступками человека, беря на себя ответственность заявлять, что мысли пациента соотносятся с мотивами его поведения не по закономерностям, свойственным психологии, а в связи с биологическими расстройствами центральной нервной системы. Зачастую эти изменения недоступны для восприятия самого больного, они не заметны непосвященному, так что ни изнутри, ни со стороны никто не может подтвердить или опровергнуть врачебный диагноз, который остается только принимать на доверии к профессиональной компетентности врача или обратиться к другому специалисту.

— психиатр лечит не словом, а химическими соединениями (таблетками), которые призваны восстановить нормальное функционирование биологической основы психических процессов и, как следствие, получить способность человека удовлетворительно для всех осуществлять социально-психологическое взаимодействие. Тем же, кто полагается на его (психиатра) врачебное искусство, остается надеяться, что тот, во-первых, знает признаки заболевания, т. е. обладает нужной эрудицией; во-вторых, умеет эти признаки распознавать, т. е. владеет клиническими навыками; в-третьих, умеет влиять на пациента, т. е. обладает клиническим опытом.

— чем ближе проблема к феномену личности, тем меньше роль психиатра и тем больше нужда во враче-психотерапевте. Поэтому Международная классификация болезней указывает, что *«изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств»*, и содержит даже целый раздел (МКБ-10, JCD-10 1992) «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых», включая «патологическую склонность к азартным играм». Именно здесь мы имеем границу взаимодействия между психиатром-психотерапевтом и психологом-кон-

сультантом. И тому есть объективные причины. Любой диагноз проверяется лечением (для того он и ставится) и никто пока не придумал таблетки от зависимости: нужна работа с личностью. А личность, за исключением узкого круга душевных болезней, психиатрической терапии не поддается — нужна работа с ее субъективными переживаниями и ее окружением. Потому, сотрудничая с врачами, не следует забывать, что в истолковании «личностной дисфункции» нет и не может быть (на сегодня) методического единства.

*Юристы* интересуют в основном два аспекта проблемы: наличие личности как феномена (закон возлагает ответственность и считается с дееспособностью только тех людей, которые этим качеством обладают) и момент соприкосновения ситуации с контурами личности (нарушение права неприкосновенности личности). Круг интересов, где категория «личность» имеет значение для правоприменения достаточно широк.

Во-первых, ответственность по закону, наступающая только при наличии «зрелой и свободной воли», требует, чтобы человек, достигший предусмотренного правом возраста, «обладал по своему моральному и духовному развитию достаточной зрелостью, чтобы понимать правомерность (неправомерность) содеянного и действовать в соответствии с этим пониманием».

Во-вторых, общее представление о «неприкосновенности личности» в последнее время стало наполняться новым содержанием. «Вред, причиненный личности ... подлежит возмещению в полном объеме» (ст. 1064 Гражданского Кодекса РФ). А ст. 150 того же кодекса уточняет, что в числе объектов покушения находятся «личная неприкосновенность, честь, достоинство». Правосудие стало нуждаться в доказательствах «нравственного страдания». Что в ситуации, когда противостоящие стороны оценивают ситуацию с прямо противоположных позиций, весьма затруднительно.

В-третьих, такие определения, как «унижение», «превосходство» «неполноценность» отнесены к обобщенному образу разных вариантов человеческого сообщества как, можно истолковать, носителей некой коллективной нравственной личности. (ст. 282 Уголовного Кодекса РФ «Возбуждение ненависти либо вражды, а равно унижение человеческого достоинства»).

К сожалению, при таком множестве обстоятельств, где юрист должен принимать решение по существу, опираясь на психологию личности, в концептуальном отношении юриспруденция в целом все еще

не вышла за пределы схоластики. Для нее в своих отношениях с государством личность выступает в качестве гражданина. И в этом случае консультация с психологом неопценима\*.

*Социальные работники* — относительно новая профессиональная группа. Социальному работнику требуются навыки представлять интересы людей на основе правовых институтов и гуманистических ценностей, то есть представлять интересы, привлекать на свою сторону, обосновывать и объяснять необходимость. Главная трудность в сотрудничестве с человеком для представления его интересов кроется в недостаточности знаний о природе так называемого девиантного поведения, мотивах социального отчуждения, субкультурах людей маргинальной ориентации. А для того, чтобы представлять интересы социально неприспособленных людей во взаимодействии со смежниками и партнерами по этой работе, как из числа государственных служащих, так и общественных организаций, нужно уметь понимать и объяснять именно психологические особенности клиента\*\*.

Наряду с перестройкой специализированных органов и служб социальной защиты населения социальными работниками обзавелись и другие профессиональные группы, работающие с человеком. В школах появились социальные педагоги. В медицине не только кабинеты социальной помощи в учреждениях, но и социальные работники в отдельных врачебных бригадах, выезжающих на вызов. В полиции (особенно в инспекциях по месту жительства) и пенитенциарных учреждениях обязанности целого ряда служащих расширены за счет задач социального профиля. Естественно, от них в первую очередь ожидают представительства интересов клиента для устранения помех в социально адаптации, мешающих в основной работе (материальных, жилищных, правовых и т.п. — см. перечень, приведенный выше). Но чем ближе от «социального обеспечения» к живому человеку, тем больше социальный работник становится социальным психологом. Устранить помехи в процессе обучения, оздоровления, воспитания, не меняя самого клиента, его отношения к своим проблемам, затруднительно. Поэтому методики и технологии социальной работы, которые разрабатывают для своих социальных работников педагоги, врачи и юристы, базируются на методологической основе психиче-

\* Алмазов Б.Н. Феномен личности в его юридически релевантных проявлениях. Palmarium Academic Publishing, Германия. 2012.

\*\* Алмазов Б.Н. Представительство интересов социально зависимых людей. Екатеринбург. 2013.

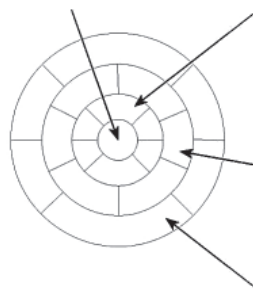
ской средовой адаптации (в отличие от пресловутого «социального обеспечения»). Таким образом, в зависимости от своих профессиональных задач каждый специалист рассматривает феномен личности методически своеобразно, так что для сохранения своей профессиональной идентичности психологу нужна собственная концептуальная база.

## **Глава 2. Понимание личности в социально-психологическом консультировании людей в трудной жизненной ситуации**

### **2.1. Структура личности**

Структуру личности, вслед за Б.Н. Алмазовым [7], мы представляем себе в виде четырехслойной сферы. Ее пространство следует воспринимать не в плоскости, а как некое ядро, где каждый наружный слой защищает нижележащий.

Ядро: «сердце» (спонтанность/ натура) — то есть та глубинная и по большей части не осознаваемая часть личности, которая составляет источник внутренних побуждений и смыслов поведения. Ее пространство составляют: соматопсихические проекции в психику, общее и родовое бессознательное, индивидуальная структура подсознательных психических энергий, присвоенные материнские проекции, и, наконец, тот уникальный духовный дар, который влагает Господь при зачатии каждому человеку. Этот дар объединяет все вышеперечисленное в спонтанность Я (в «сердце»), которое по своей натуре (природе) стремится к присвоению определенных ценностей и идеалов. В Нагорной проповеди (Евангелие от Луки), по этому поводу говорится: *«Добрый человек из доброго сердца своего выносит доброе, а злой человек из злого сокровища сердца своего выносит злое».*



Второй слой от центра: «Я-концепция» (роли-принципы, смыслы для себя самого) — результат взаимодействия натуры и социального взаимодействия (начиная с пренатального периода). Это источник нравственных потребностей и регулятор социальных ориентаций, это

«смыслы для себя» служащие основой для свободного выбора идеалов, которым человек собирается служить. Он свободен от меркантильных и честолюбивых замыслов и в чем-то непостижим ни для самого человека, ни для окружающих. Ответственность за них поддерживается страхом когнитивного диссонанса со значимым окружением и значимыми духовными и культурными ценностями. Раз осознанно возвысившись (углубившись) в мотивации своего поведения до смыслов (принципов, идеалов и убеждений) человек уже не может просто так от них отказаться.

Третий слой от центра: «Я-образ» (роли-статусы, роли для других) — психологические роли, сформировавшиеся в процессе воспитания и принятые личностью за ориентиры собственного достоинства. Поддерживаются и определяются потребностями меть определенные статусы в важных сферах жизнедеятельности: семье, работе, референтной социальной группе. Здесь нужны знания и привычки достойного (по принятым в этом сообществе нормам) поведения и твердость духа (статус нужно защищать от поползновений со стороны окружающих принять тебя за другого). Хотя можно оставаться и в гордом одиночестве, ограничившись соблюдением принятых в нем ритуалов (например, соблюдать стиль в одежде и языке, нанести татуировки, соблюдать этикетные правила и т. п.). Но в любом случае, отобрать нужные значения и научиться предъявлять их хотя бы самому себе. На этом уровне располагаются ценности. Они — источник чувства корпоративной солидарности. Как заметил В. Франкл, они впитываются, когда человек усваивает традиции и со временем обретают твердость идеологических установок и устоявшихся привычек. Принадлежность к сообществу разделяющих и отстаивающих ту или иную идеологию, становится предметом гордости (монашеский орден, партия, субкультура и т.п.). Ее (принадлежность) нужно заслужить и требуется подтверждать. В свою очередь она освобождает личность от необходимости искать и отстаивать социальные позиции. Можно вполне обходиться «твердыми убеждениями при неспособности самостоятельно мыслить». И без особого сожаления прекратить дальнейший личностный рост (или движение в ее глубину).

Четвертый, наружный слой: «Я-манера» (роли-функции, роли-навыки для достижения цели, социально-психологические роли) — они ориентированны на экспектации, имеющие прагматичное значение. Этот наружный слой, слой ролей-функций защищает от неделикатно-



го «прикосновения» к ценностям со стороны окружающих. Это усвоенные с детства манеры поведения, которых лучше и выгодней придерживаться для бесконфликтного сосуществования с миром. Будучи нужны для достижения определенных целей, эти роли базируются на конформизме и в своей основе глубоко рациональны. Их присутствие защищает от обидчивости. На данном уровне располагаются мотивы, продиктованные целями. Цели — это интересы в свою пользу. Использование общепринятых норм, правил, манер, вкусов, предрассудков для собственной выгоды. Они приобретаются в процессе обучения и служат реализации потребностей, которые можно демонстрировать публично. Возвышенными или низменными их делает подтекст ценностей и смыслов.

## **2.2. Социальное отчуждение как фактор социальной дезадаптации**

Термин «социальное отчуждение» является центральным для предлагаемой модели медико-социального подхода в психологическом консультировании. Неконструктивные формы социального отчуждения приводят к нарушению «средовой психологической адаптации» личности.

Под «средой» понимается любая среда: физическая, социальная или духовная. Более подробно эти среды можно описать как:

- среда физического существования, обеспечения здоровья и экологических условий жизнедеятельности,
- среда социально-профессиональной коммуникации,
- среда семьи (родительской и собственной),
- среда культуuroобразующих и референтных общественных групп,
- среда молитвенного общения с Богом (коллективная или личная).

В даваемом определении под «психологической адаптацией» понимается «процесс вхождения в согласие с внешним миром, с одной стороны, и со своими собственными уникальными психологическими характеристиками — с другой, что подразумевает способность распознавать субъективные образы, образы внешнего мира, а также умение эффективно воздействовать на среду. Адаптивные процессы называются аллопластическими, когда индивид изменяет среду в пользу своих потребностей и желаний; они же называются аутопластическими, ког-

да происходят внутренние или психические модификации в ответ на восприятие внешнего мира.

Адаптация является центральным понятием, связывающим аналитическую психологию с биологией. Адаптацию, имеющую активные и пассивные компоненты, следует отличать от приспособленности, представляющей преимущественно пассивный аутопластический феномен. Здесь адаптация рассматривается как функция, налагаемая на развивающегося индивида извне, как результат переживания им фрустрации. Однако существует и альтернативный взгляд, в соответствии с которым младенец начинает жизнь уже адаптированным к среде и его адаптация становится все более усложненной по мере взросления и приобретения опыта.»\*.

Адаптация охватывает весь спектр человеческих интенций во всех сферах свой жизнедеятельности: телесной жизни, профессиональной реализации, репродуктивно— семейной реализации, социально-аффилиативной реализации, сфере экзистенциальной и/или духовной реализации. Причиной психологической дезадаптации личности могут быть как внешние так и внутренние воздействия, как поддающиеся его управлению, так и не зависящие от него.

Для того, чтобы установить ориентиры в диагностике конструктивного и защитного начал в степени отчуждения (конструктивной или деструктивной) человека от общества в своей социальной роли, Б.Н. Алмазов предлагает несложную схему в исследовании феномена психической средовой дезадаптации. В концептуальном отношении она исходит из потребности в достойном статусе, которую Т. Парсонс относил к фундаментальнейшим мотивообразующим факторам социального поведения.

Выбирая признаки для ранжирования позиций в конкретной сфере отношений, Б.Н. Алмазов исходит из традиционных представлений о социальных позициях. Как известно, люди обычно бывают в той или иной мере односторонними приверженцами системы (коллективистически организованной формы сосуществования), среды (неформальной организации общественных отношений), семьи (сообщества людей, наследующих традиции, будучи взаимно зависимы и кровно связаны в повседневной жизни).

Человек системы обычно бывает любителем порядка, установить который самостоятельно у него недостает характера, а потому он ищет

---

\* Словарь по аналитической психологии. — М.: Б&К. В.В. Зеленский. 2002.

или создает уклад жизни, основанный на подчинении предписаниям или традициям.

Человек среды стремится все свести к личному преимуществу над остальными людьми.

Человек семьи всегда готов оказать личное покровительство и взять под защиту зависимых от него людей, противопоставляя среде и системе корпоративную сплоченность.

Известная акцентуация на той или иной сфере отношений в повседневной жизни отражает лишь специфику индивидуальных различий и если служит причиной конфликтов, то только тогда, когда человек, не распознав себя, безуспешно старается нектати утвердиться в чуждой ему по духу обстановке неприемлемыми для нее методами. Однако бывают и крайние варианты, когда речь должна идти не о предпочтении, а о невозможности самореализоваться в конкретной сфере отношений достойным самооценки образом.

В каждой из сфер Б.Н. Алмазов выделяет семь ролей, соблюдая условие, что одноуровневые роли примерно соответствуют друг другу по степени утраты репутации и недовольства своим положением в обществе.

Семья определяется как сообщество людей, объединенное духовной (экзистенциальный смысл создания семьи), материальной (общая собственность), правовой (алиментные обязательства), моральной (в отношении детей это будет надлежащее воспитание) ответственностью и неким психологическим климатом, где каждый может надеяться на то, что его примут таким, как есть. Лучше, если тебя при этом еще и любят, но если хотя бы считаются с тобой — тоже не плохо. Тем самым, основополагающей ценностью, по которой можно судить, насколько хороша позиция в семье, будет приемлемость члена семьи для остальных ее членов. И если исходить из того, что психологический климат в семье удерживают духовные и культурные традиции (в основе которых лежит чувство должного), а взаимная зависимость строится на чувствах (защищающих от бездушной системы и жестокой среды), то позиции человека в семье следует оценивать по степени привязанности. В своей работе мы остановились на семи ключевых ориентирах.

Среда живет по собственным законам. Здесь правят не традиции (как в семье) и не правила (как в системе), а личные свойства и качества людей. При этом «оставленные без надзирателя и глашатая зако-

Социальная позиция в семье	Тип адаптации члена семьи
Первая роль и лучшая позиция принадлежат тому, зависимость от которого члены семьи принимают с доверием и удовольствием.	адаптирован
Вторая — тому, кто пользуется приязнью, но она не лишена зависимости.	адаптирован
Третья — тому, кто не испытывает проблем во взаимодействии с членами семьи, но и не может твердо рассчитывать на их поддержку.	адаптирован
Четвертая — полагающемуся на себя, но не настроенному враждебно.	адаптирован
Пятая — занимающему одну из сторон конфликта.	дезадаптирован
Шестая — удерживаемому в семье лишь стечением внешних обстоятельств.	дезадаптирован
Седьмая — выталкиваемому.	дезадаптирован

на» участники среды ведут себя не как кому вздумается, а в строгом соответствии с неким внутренним распорядком, заложенным где-то в социальных инстинктах. Он нигде не записан, ему никто не учит, но он воспроизводится в примитивной среде (первобытной, подростковой, уголовной) в любом месте и в любое время, где возникает социальная стихия. А в цивилизованном обществе уступает место организованному общению, но никуда не исчезает до конца. Согласно присущим ей закономерностям все отношения в среде строятся с ориентацией на лидера. А далее позиции ухудшаются по мере того, как ведущая ценность — возможность свободного волеизъявления — становится все менее доступной. Самооценка и общественный статус человека определяются степенью приближенности к лидеру. Члены группы идентифицируют себя с лидером (он для них — своеобразный аффилиативный щит, дающий уверенность в себе самом). Своих поддерживают из жалости и сострадания, к чужим относятся предвзято («ненависть варвара к чужеземцу» по К. Марксу). Изгнание заменяет наказание. Соответственно позиции, которые человек занимает в системе групповых ценностей, можно представить себе на семи уровнях, по индивидуальной значимости (содержанию чувств) примерно соответствующих тем, что мы взяли для семьи.

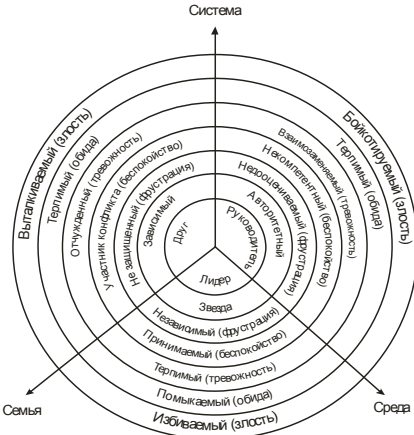
Социальная позиция в среде	Тип адаптации члена группы
Первая роль — лидер, за которым следуют без усилий с его стороны (он не озабочен числом сторонников).	адаптирован
Вторая — те, к кому тянутся, но подчиняются не без усилий с его стороны.	адаптирован
Третья — независимый член группы, имеющий собственное мнение, с которым остальные считаются.	адаптирован
Четвертая — примыкающий, но без авторитета.	адаптирован
Пятая — примыкающий ценой смирения.	дезадаптирован
Шестая — помыкаемый.	дезадаптирован
Седьмая — отвергаемый, с угрозой расправы (изгоняемый).	дезадаптирован

Система опирается на так называемые институты — однозначно понимаемые правила поведения коллектива. Здесь человек добровольно жертвует своей силой в пользу общества, освобождаясь от изнуряющей готовности отражать возможную агрессивность среды (предпочитая мирную жизнь естественному отбору) и от семейной зависимости, сковывающей личную инициативу интересами родственников. Вступая добровольно или будучи направлен властью (в школу ходить обязаны все) в сообщество, где главенствует право и закон, человек соглашается, чтобы им командовали. При этом личные качества руководителя не имеют особого значения, а правила написаны на бумаге. Власть не выходит за установленные рамки. Собственный авторитет человека

Социальная позиция в системе	Тип адаптации члена группы в рабочем коллективе
На первой роли будет компетентный руководитель.	адаптирован
На второй — компетентный помощник.	адаптирован
На третьей — формальный руководитель.	адаптирован
На четвертой — член коллектива, уважаемый за деловые качества, но не выделяемый администрацией.	адаптирован
На пятой — рядовой член коллектива, ценимый больше за человеческие, чем за деловые качества.	дезадаптирован
На шестой — тот, кого терпят из гуманизма.	дезадаптирован
На седьмой — бойкотируемый.	дезадаптирован

зависит от его компетентности в деле, которым занимается коллектив. Участники системы взаимозаменяемы. Социальная защита свободна от филантропии. В качестве карательной меры используется наказание. В таких обстоятельствах ценностью, которая определяет позицию в системе, будет официальное поощрение (признание заслуг в форме преимуществ).

В точке, взятой за центр композиции, располагаются лучшие роли по всем трем сферам. Из точки под углом  $120^\circ$  исходят три луча. На них мы произвольно откладываем отрезки соответственно тому масштабу, который решили установить.



Если отметить точкой на каждом отрезке позицию, которую человек занимает в каждой из сфер межличностных отношений, и вокруг нее описать окружность радиусом в две позиции, мы получим три окружности в разной комбинации. Их взаимное расположение позволяет судить о проблемах личного развития.

Сопоставляя полученные данные, мы установили некоторые закономерности в соотношении позиций, занимаемых человеком, и характера его переживаний. Создавая эту схему, мы привлекли в качестве экспертов людей, которые оценивали с ее помощью психическую средовую адаптацию людей, обратившихся за советом к психологам.

В точке, взятой за центр фигуры, располагаются лучшие роли по трем сферам (авторитетный руководитель, надежно защищенный достойной семьей, лидер). Сама точка означает сферу личности (если

точнее ЭГО). Принимается за аксиому, что первые 3 позиции контролируются ЭГО и являются адаптивными состояниями. Если же окружность перестает касаться центральной точки, то это означает, что ситуация вышла из под контроля ЭГО и стала для личности неуправляемой и дезадаптивной по своей форме в этой сфере жизнедеятельности.

Из данной точки исходят под углом  $120^\circ$  три луча. Здесь они выглядят как отрезки прямой, но теоретически их можно продлить до бесконечности. По каждому лучу отложены с произвольным интервалом, но в сопоставимых масштабах шесть позиций соответственно числу взятых за основу ролей (рис. 1).

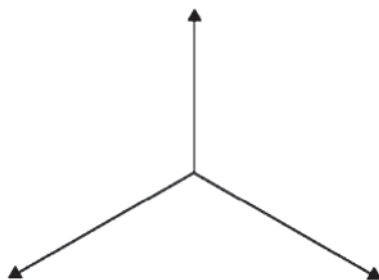


Рисунок 1

Затем из точек, отмеченных экспертом, проводилась окружность радиусом в две позиции. Выбор радиуса был в значительной мере интуитивен и базировался на впечатлениях, полученных в пилотажных исследованиях. Практика подтвердила, что именно такие интервалы позволяют судить о вероятности внутреннего конфликта. Сочетание окружностей иллюстрирует ситуацию в целом.

### **Вариант 1 «Принимаемые проблемы»**

Проблемы существуют только в одной из сфер жизнедеятельности и ощущаются личностью как управляемые ею. Человек в состоянии и готов принять свою роль в данной сфере отношений, даже если известные проблемы все же есть.

### **Вариант 2. «Исключение третьего»**

Если одна из сфер жизнедеятельности дистанцирована и не соприкасается ни с Эго-центром (не управляема личностью), ни с другими сферами жизнедеятельности. Это свидетельствует о наличии пси-

хического напряжения, способного повлиять на самооценку личности. Человек выбирает путь, который называется «оправдать ожидания отвергающей среды», и отреагировать утратой интереса к ценностям той сферы отношений, где его позиция не соответствует самооценке.

— игнорированием ценностей среды неформального общения и пренебрежением соответствующими навыками, вызывает ощутимые проблемы адаптации, когда человеку приходится всерьез считаться с нравами окружающих людей.

— игнорирование семейных ценностей провоцирует серьезные проблемы адаптации к собственным спутникам жизни.

— игнорирование ценностей профессиональной среды (формальных и неформальных) приводит индивидуалистов к аутсайдерским позициям в профессиональной среде

### **Вариант 3. «Экологическая ниша»**

Если от управления личностью дистанцированы две сферы жизнедеятельности, это означает, что игнорировать ценности обеих отвергающих сфер человеку не по силам, и он не в состоянии сохранять внутреннюю гармонию, не замечая своих неудач. Ему приходится активно перестраивать ценностные ориентации. Отношение к отвергающим сферам окрашивается чувством неприязни, тогда как все, что относится к принимающей его сфере отношений, наполняется повышенным интересом и стремлением к корпоративному обособлению. Образно говоря, силы личности концентрируются на ограниченном пространстве и создают своеобразный феномен девиантной социальной диспозиции, который мы обозначили термином экологическая ниша. Привлекательность и доступность ее целеполагающих установок способствуют формированию сепаратизма, социального отчуждения и стремления к субкультурам, создаваемым людьми схожей судьбы.

— неудачи в коллективистических и семейных ценностях оказываются труднодостижаемыми и весьма вероятно появление стремления присоединиться к уголовной субкультуре.

— неудачи в семье и среде неформального общения нередко приводят с устремлениям человека под защиту атрибутов воинского коллектива (другой формализованной системы управления) и оказываются жертвой неуставных отношений.

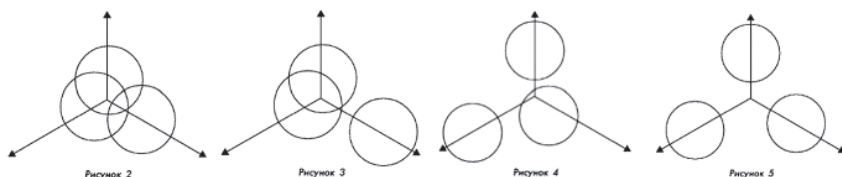
— неудачи в коллективе и среде неформального общения приводят к семейным драмам людей, которые ищут в семье защиты но не могут ее найти.



#### Вариант 4. «Деперсонализация»

Если все три сферы жизнедеятельности разобщены и ни одна из них не поддаются контролю ЭГО, то проблемы средовой психической адаптации выходят на качественно иной уровень. Эмоциональные (эмпатийные и аффилиативные) основы социальных устремлений исчезают из мотивации нормативного поведения. Формируется тотальная неприязнь социальной среды с острым переживанием своей «никчемности». Представления личности о своей социальной ценности смещаются в область воображения и перестают нуждаться в подтверждении реальностью. Возникает своеобразная деперсонализация с замещением эмоционально окрашенного единения со средой рационально обусловленным конформизмом и социально-психологической мистикой. Образно говоря эмоциональные и когнитивные мотивообразующие силы расщепляются.

Социальные контакты личности в ситуации ценностного краха отличаются пассивным характером и примыканием к социальным группам с подчас диаметрально противоположными моральными и этическими качествам, без наличия внутреннего конфликта. Их поведение в социальных контактах отличается сочетанием рассудочного побуждения и инфантильно-эмпатийного переживания. Неадекватная экзальтация, пустая обидчивость, эгоцентризм в ожиданиях и неловкость в обращении зачастую производят впечатление так называемого «патохарактерологического развития».



Вариант 1.

Вариант 2.

Вариант 3.

Вариант 4.

Рассмотренные выше варианты нарушения средовой психологической адаптации неразрывно связаны личностной дисгармоничностью. Следовательно, любое нарушение средовой психологической адаптации личности имеет:

Этапы субъективного переживания:	На уровне психических процессов в личности	На уровне ценностей и смыслов личности
Почва	ее эквивалент в телесном состоянии (органический либо функциональный);	социальная диспозиция с учетом запросов и возможностей
Ситуация	неконструктивное восприятие и когнитивная обработка личностью фрустрирующей (дезадаптирующей) социальной ситуации;	наличие психического напряжения во взаимодействии между диспозитивными установками и реальными обстоятельствами
Паттерн	Комплекс субъективных переживаний ситуации дезадаптации;	степень залегания в структуре личности конфликтного переживания и вызванного им желания уклониться от него
Драйв	мотив компенсации дезадаптации в личностном и внешнем пространстве;	выбор тенденции защитного реагирования
Защита	экзистенциально-когнитивные и другие психологические защиты личности в ситуации дезадаптации, применяемые ею с целью сохранения позитивной самооценки.	Выбор конкретного способа защитного поведения

«Как отмечает А.В. Петровский, почва будет традиционно для отечественной психологии представлена в трех вариантах:

- а) дезадаптация личности;
- б) дезинтеграция личности;
- в) деинституализация личности.

По сути, каждый вариант представляет собой некий суммарный результат сложения издержек воспитания и недостаточности адаптивных возможностей психики от природы. Для примера мы возьмем три варианта рассуждений, отталкиваясь от «почвы» и развивая мысль пошагово до «защиты»

### **Вариант 1:**

а) дезадаптация — суть этого феномена в том, что из-за недостатка возможностей человеку не хватает достижений для того, чтобы избежать разочарований в своих ожиданиях;

б) будучи воспитан в зависимости от системы, человек, ощущая себя неприветствуемым, не может от нее оторваться, привыкая подчиняться начальству во избежание когнитивного диссонанса; (ситуация)

в) комплекс аутсайдера делает его скрытым оппозиционером, страдающим от недостатка аффилиации, побуждая компенсаторно-уступчивым поведением скрывать недовольство обстоятельствами; (паттерн)

г) стремление быть принятым предстает как готовность жертвовать во имя отвлеченных ценностей и идей; (драйв)

д) человек начинает черпать смыслы в собственном воображении (защита).

### **Вариант 2:**

а) дезинтеграция — предпочтение выбирать ценностные ориентации в рамках экологической ниши с нежеланием реализовывать свою индивидуальность в конкретных социальных обстоятельствах; будучи сформирована с детства изолирующим воспитанием, она обуславливает предвзятое отношение к намерениям окружающим сблизиться в той или иной форме;

б) недостаточность аффилиативно обусловленной интуиции окрашивает любое общение тягостной необходимостью постоянно напрягать внимание, чтобы не попасть впросак; (ситуация)

в) тенденция «забаррикадировать спонтанность личности по типу крепости» вызывает устойчивое желание жить по своим принципам; (паттерн)

г) стремление переключить ценности на воображаемые ориентиры для отождествления ассоциируется либо с аутистической, либо с демонстративно-оппозиционной манерой поведения; (драйв)

д) отшельничество в той или иной форме становится излюбленным вариантом выбора социальной диспозиции. (защита)

### **Вариант 3:**

а) деинституализация — выбор субкультуры как источника ценностей и смыслов для представлений об индивидуальной значимости

жизни; такой вариант формируется в обстановке, когда выживание подменяет развитие;

б) равнодушие системы и семьи делает социальную стихию с ее властью традиций привлекательной для обитания; (ситуация)

в) позиция на обочине социального поля становится обычной, обесценивая мотивацию достижений в представлениях культуры и цивилизации; (паттерн)

г) стремление к отождествлению с людьми схожей судьбы нацеливает на поиск источников смыслов вне цивилизации; (драйв)

д) рациональный конформизм делает мораль и этику средством достижения личных целей. (защита)»\*

### **2.3. Неконструктивные варианты социально-психологического отчуждения**

Люди отгораживаются в «экологической нише» по разным поводам и причинам как в большом, так и в малом. Чаще всего они сетуют на внешние условия, которые действительно складываются не очень удачно. Но стоит вникнуть в ситуацию, как в симбиозе личность-обстоятельства становится ясно, что к своему социальному отчуждению человек шел задолго до него, когда в его структуру личности вместо нормальных конструкций стали вкладывать защитные реакции. В результате его предвзятое отношение к окружающим было (и остается) окрашено ожиданием поражения. Он к нему не только готов, но и, как давно заметили гештальт-психологи, подсознательно заранее выбирает пути, ведущие к нему. Обмануться в себе хуже, нежели проиграть в состязании. Смыслы, пригодные только для себя, надежная замена достижениям. И если они не мешают окружающим, проблемы психической средовой адаптации остаются на уровне «конструктивной маргинальности». Но когда человек пытается увязать их с ценностями, которыми живет общество, а, тем более, навязать их другим, это оборачивается либо конфликтом, либо неврозом. Появляется потребность в помощи со стороны (психотерапевта, социального работника, волонтера вплоть до следователя или психиатра), чтобы отыскать и установить разумные пропорции индивидуального и общественно значимого в мотивах поведения. Задача не из легких. Для ее решения нужно владеть навыками психологической диагностики на аксиологическом уровне.

---

\* Алмазов Б.Н. Аксиология социального отчуждения. — 2017 г.

## Комплекс аутсайдера

Этот комплекс дает о себе знать у тех, кто, будучи заложником системы, имеет основания чувствовать себя ее пасынком и испытывает по этой причине страсть к злорадству и садистичности. Сила и мощь системы (школьной, профессиональной) закладывает в фундамент самосознания человека своеобразную любовь к угнетающей силе (и готовность угнетать, когда система даст такую возможность). Он становится рабом внутри себя.

### **Категория: Оттесненные.**

Заложниками неприветствующей системы чаще всего становятся с детства те, что обделены природными способностями к школьным успехам, но растут и развивается под прессом родительских амбиций. Под влиянием родительского и системного гнета достижений при отсутствии возможностей соответствовать требованиям, в мотивации поведения, как реакция, появляется злорадство — желание навредить бескорыстно.

К. Хорни считала, что *«индивид с садистскими наклонностями может обладать желанием поработать других людей. В частности, его «жертва» должна стать рабом супермена, существом не только без желаний, чувств или собственной инициативы, но и вообще без всяких требований к своему господину. В благоприятном случае она может иметь и конструктивные последствия, например, когда родители воспитывают детей, а учителя — учеников. Иногда такая тенденция прорывается и в сексуальных отношениях, особенно если партнер — более зрелый человек. Но даже в этих случаях рожки дьявола станут видны, если раб даст хоть какой-нибудь повод к самостоятельности при выборе друзей или удовлетворении своих интересов. Нередко садистом по характеру овладевает состояние навязчивой ревности, которая используется как средство мучения своей жертвы. Причем, сохранение власти над жертвой вызывает у садиста гораздо больший интерес, чем собственно жизнь в ее реалиях. Он скорее откажется от своей карьеры, выгоды или удовольствий, чем предоставит партнеру какую-либо независимость. Способы удержания партнера в рабстве являются типичными. Они изменяются в очень ограниченных пределах и зависят от структуры личности обоих партнеров»* («Ваши внутренние конфликты»).

У тех людей, которым доставляло удовольствие издеваться над незащитной жертвой (вид мучений не обезоруживал, а вдохновлял),

при анализе всегда выявляется, что где-то в глубине души у них имеется комплекс аутсайдера, уходящий корнями в школьные годы. Как защитная реакция на неудачи взаимодействия с системой, злорадство проникает в мотивы поведения, захватывая ценности и смыслы, и само становится мотивом. Дальше остается лишь проследить эту тенденцию вплоть до банальной семейной тирании, на которую жалуются ищущие психологической консультации, чтобы убедиться — тяга навредить и обрадоваться этому относится именно к комплексу аутсайдера и ни к чему другому.

***Категория: Конформисты — неудачники.***

Система, ограничивая формирующуюся личность жестким кругом ожиданий, делает ее своей заложницей, отнимая живые чувства. Потеря не очень велика — чем меньше зависимость от эмоций, чем выше эффективность (человека не отвлекают от целей легкомысленные соблазны). Но, подчиняясь требованиям системы, человек не живет живой и интересной жизнью, поскольку эмоции подавлены. У такого склада людей разрастается и крепнет сознание несбывшихся ожиданий, недооценки своей значимости, обиды и ожидания подвоха со стороны всех, от кого в той или иной мере зависит жизнь и судьба (включая родных, друзей и вообще — искренне расположенных окружающих).

Скудость живых эмоций при формальной адаптации к существующим порядкам, да еще подсвеченная опасливыми ожиданиями, довольно тягостное или, во всяком случае, не комфортное состояние души. Так что поиск экзистенциальной защиты не чужд людям подобной судьбы. Сердечные увлечения не к месту, некстати и не по статусу встречаются у сухих и строгих службистов гораздо чаще, чем это становится известно их сослуживцам. Но для этого нужна сила характера. Значительно чаще речь идет о чем-нибудь попроще. А в совсем банальном варианте — об алкогольном опьянении, когда человеку кажется, что все его любят.

После завершения официальных служебных отношений апологеты системы переносят свои проблемы психической средовой адаптации на отношения с властями, ответственными за социальное обеспечение. Очень нередко они превращаются не только в надоедливых просителей того, что не положено, но и в бескорыстных защитников справедливости в целом (как они ее понимают), пополняя ряды тех, кого официальные инстанции чаще всего считают сутягами. Естественно, в реальной жизни крайние варианты встречаются редко, но подобную тенденцию

в той или иной мере легко заметить у многих ходоков по официальным инстанциям службы социальной защиты населения.

Люди с комплексом аутсайдера в душе, но избегающие официальных структур, некоторое время живут иллюзией нонконформизма, сохраняя вполне надежные стартовые перспективы. Приличные манеры в совокупности с привычкой к послушанию служат хорошей рекомендацией в глазах окружающих, что позволяет пользоваться доверием и со стороны официальных структур. А если имеются и задатки со способностями, человеку кажется, что он в состоянии и в силах держаться независимо, не выходя за рамки системы (обычная иллюзия русского интеллигента). Но постепенно жизнь берет свое. Скудость источников живых чувств дает о себе знать все более заметно по мере того, как козырять успехами перед людьми, которых они совершенно не вдохновляют, становится просто скучно. К тому же постоянный спутник эмоциональных иллюзий — груз не оправдавшихся ожиданий — дает о себе знать все более ощутимо.

На горизонте судьбы начинает маячить образ спивающегося интеллигента. В поисках эмпатийных (от сердечных увлечений людьми простыми и непритязательными) и аффилиативных (от приятелей, для которых системные успехи не имеют значения) источников эмоций человек все больше раскрепощается от гнета ролей-функций, а то и ролей-статусов, навязанных его личности системой. Чаще всего — под влиянием алкоголя, без помощи которого на столь решительные перемены решается редко кто. В обществе бытует вполне конкретное представление о тех, кто освободился от страха когнитивного диссонанса таким нехитрым способом. Достаточно вспомнить, что нынешних «бомжей» раньше называли «бичами», что расшифровывалось как «бывший интеллигентный человек». Менее драматично выглядят такие защитные реакции, как «островок нонконформизма» для ценностей и смыслов. Прикрываемых по-разному: иногда благонамеренностью, иногда отшельничеством, иногда бравадой. Но при всех отличиях в манере поведения, в самом их описании комплекс аутсайдера, заложенный более или менее глубоко, дает о себе знать невротичностью, неуверенностью в глубине души. В работе с живыми людьми маргинальной ориентации комплекс аутсайдера проступает гораздо рельефнее.

Да и в обыденной жизни пакостят исподтишка чаще всего люди с комплексом аутсайдера в характере. Так, если вы увидите мужчину, который бросает окурки на асфальт недалеко от урны, можете быть уверены, что он из числа тех, с кем женщины позволяют себе держаться

бесцеремонно, а это — один из самых надежных тестов на аутсайдерство. Женщины-аутсайдеры, как заметил Э. Кречмер, распознаются по своей склонности сплетничать о людях с высокой общественной репутацией.

### **Комплекс отщепенца**

Углубившись в своем развитии личности до уровня, когда принципы и идеалы сливаются со спонтанностью, человек в состоянии (по И. Канту) определить свою «нравственную максиму», что позволяет не поддаваться моральному, а тем более — конформному давлению. По сути это не отчуждение, а лишь обособление, дистанцирование, весьма различное по масштабам, но понятное этически. В диапазоне от бытового до общечеловеческого в зависимости от амбиций «свободной и зрелой воли». Кто-то выбирает творчество, кто-то отшельничество, а иные становятся революционерами. Применительно к рассматриваемой нами теме Э. Кречмер объясняет комплекс отщепенца следующим образом. «Обратной стороной сострадания и альтруистической этики являются скрытая или явная зависть ничтожного по отношению к великому. Из-за легких уколов и притеснений считать себя самого, не претерпевшего никакого ущерба в своей малости (пресловутая гордость отверженного) имеющим этически более высокую ценность».

Отчуждение в форме пассивного обособления в мир воображения получило название «аутизм». Поначалу автор этого термина Эуген Блейлер, будучи психиатром, привязал его к психопатологии, но затем, по мере накопления психологического опыта, расширил возможности его использования. «Аутистическое мышление осуществляет наши желания, но одновременно и наши опасения ... во сне оно с готовностью рисует нам наши затаенные мечты и страхи, больному оно создает мир реальности, который для него реальнее, чем то, что мы называем действительностью. Символическим исполнением желаний оно может человека осчастливить, а если его планы рушатся, оно снимает с него вину и взваливает ее на внешние обстоятельства, оставляя в стороне его собственное неумение. При свете реалистической логики результаты аутистического мышления кажутся явной нелепицей, однако они имеют ценность своеобразной истины, психическую реальность как выражение или исполнение наших желаний, как источник утешения, как символ для любых явлений»\*. Современные культура и цивилизация в отличие от

---

\* Блейлер Э. Аутистическое мышление. Одесса, 1924.



недавнего прошлого, когда предаваться мечтаниям можно было только на рабочем месте (трудились все — уклонение каралось неотвратимо), предоставляет «домашним сидельцам» неограниченные возможности предаваться «символическому исполнению желаний» и «виртуальному общению».

Легко заметить, что некоторые люди переходят некую черту, отделяющую оригинальность от отчужденности, и становятся в тягость себе и людям, которые в той или иной форме принимают участие в их судьбе. Причины разные. Суть отчуждения, превращающего самостоятельного индивидуалиста в отщепенца, в том, что ценности занимают место смыслов, не пуская самосознание вглубь личности. Спонтанность остается непознанной и на ее место выходит гордость (греховная по канонам христианской религии).

О мотивации людей, слишком оторвавшихся от общества, у человечества давно сложилось определенное мнение. Известно и многократно описано, что по мере нарастания отчуждения человек все больше уходит в своем воображении в псевдосообщество, становясь заложником стремлений, все менее связанных с реальностью. Манера отторгать логику практического опыта в сочетании с примитивным умом может порождать так называемую сверхценную идею. И тогда «вся личность согласуется со сверхценной идеей, отдавая ей добровольно всю имеющуюся энергию; личность растворяется в идее, отождествляется с ней. <...> Все укладывается концентрически вокруг нее и направлено на нее. Все мысли с ней соотносятся. Она выбирает из имеющегося в ее распоряжении материала только те наблюдения и воспоминания, которые ей подходят и могут быть обращены в ее пользу. Все же, что не имеет для нее цены или противоречит ей, исключается из сознания или не находит отзвука» (Кречмер Э.). Наполняясь пассивной энергией, сверхценная идея может дорасти до фанатизма.

Комплекс отщепенца формируется с детства, и делает это, главным образом, семья. Чаще всего, когда вместо того, чтобы терять свое влияние в соответствии с современным образом жизни цивилизованного общества, она отгораживается от него как некая «коллективная нравственная личность». Делая выбор в пользу патриархальных нравов под влиянием этнических или клановых традиций, отгораживаясь в культурном отношении (современные фарисеи), защищая психологически свое невротически слабое ядро личности, когда дети превращаются в «сосуд для проекции собственного бессознательного» (по П.Ф. Лесгафту).

### ***Реализация комплекса отщепенца в делинквентном варианте.***

Став взрослыми, люди, выросшие в обстановке семейной изоляции, сохраняя о себе вполне благоприятное мнение и даже излишне самоуверенные в привычном кругу, зачастую оказываются нехвата в обычной жизни, где их никто не хочет принимать соответственно их притязаниям. Крах самооценки может быть причиной того, что у человека появится комплекс отщепенца, не знающего, куда приложить свои силы и от этого засомневавшегося в смысле и значении общественной жизни. Когда такое разочарование уводит ценности и смыслы от ожиданий со стороны общества и государства достаточно далеко, человек начинает считать, что «всякая общность его принижает» (по Ф. Ницше). Или, говоря языком современной психологии, они «не желают принимать и выполнять требования среды как личностно значимые, а также реализовать свою индивидуальность в конкретных социальных условиях» (по Ю. Клейбергу). При этом далеко не всегда, а чаще и вообще без того, чтобы быть сильно угнетаемыми, обиженными или брошенными на произвол судьбы.

Самодостаточность делает такого склада людей довольно устойчивыми в привычных обстоятельствах, когда равновесие с обществом и собой достигнуто. Они прочно держатся своих привычек, выстраивая образ жизни по модели крепости (снаружи бастионы мнений и предпочтений, далее стены социальных ориентаций, за которыми располагается башня принципов). Любое сближение на почве симпатий приобретает характер сражения, почувствовав неизбежность которого обычные люди предпочитают не рисковать и уклоняются от него. Постепенно общение с собой обретает своеобразную привлекательность, а желание выйти за стены окостеневших привычек становится все слабее.

Чтобы попасть в маргинальную среду, жизнь должна поставить отщепенцев в неординарную ситуацию. Причем не обязательно внешне и ошеломляюще, тут-то адаптивных возможностей, как правило, хватает (отрешенный человек лишь глубже уйдет в свою раковину), а постепенно, когда неконгруэнтность ситуации истощает приспособительные возможности. Устав от необходимости приноравливаться к тому, что не нравится, отщепенцы склонны к импульсивным реакциям отказа и разрушения, в результате которых вполне могут оказаться на обочине жизни. В маргинальном варианте отщепенцы ведут себя соответственно той защитной тенденции, которую характер впитал с детства. Бродяжничество (после того, как все брошено, а строить заново не хочется) выглядит как отшельничество, затворничество, отказ даже

от тех примитивных институциональных схем, которые возникают в среде бомжей, не лишенных аффилиативной тяги к отождествлению с себе подобными. В молодом возрасте многие хиппующие чаще всего таким способом освобождаются от комплекса отщепенца (выживают его из личности), заложенного в детстве, после чего общение с людьми дается им значительно легче). Взрослые люди, начавшие бомжевать, обратно в общество возвращаются редко. Пьянство (в отличие от аутистичности) не пробуждает и не стимулирует аффилиативности. Будучи ориентировано на себя, оно вписывается в образ жизни, избранный человеком по собственному вкусу: ежедневное расслабление после тягостной неконгруэнтности; запой в предвидении социального «срыва»; сентиментальное сострадание к самому себе, оправдывающее пассивную бездеятельность и т. п. Встав на этот путь, человек нередко даже бравирует тем, что «его внутренний мир настроен на разрушение». Во всяком случае, среди спивающихся в одиночку чаще всего встречаются именно отщепенцы. И, наконец, делинквентное поведение. В мотив противоправного посягательства у отщепенцев просачивается очень своеобразное жертвенное начало, в форме ненужного риска, не вызванного и не оправданного обстоятельствами.

### **Комплекс изгоя**

В общинные времена с присущей для них коллективной ответственностью за судьбу человека термином «изгой» обозначали взрослого человека, «выломившегося» из своего сословия. Общество и государство выталкивало его не только на обочину социальных отношений, но, как правило, и на границу своей территории. Ныне же стали пользоваться более благозвучным определением «маргинал». Общество согласилось терпеть в своем составе людей, «утративших чувство социальной принадлежности» (неудачников, негодящих, неприспособленных), расширив «пространство допускаемой отчужденности».

В отличие от реакции комплекс представляет собой не поломку, расстройство, разрушение, а определяет склад личности, ее конструкцию, куда слой за слоем год от года укладывали вместо нормального строительного материала защитные реакции. В данном случае его формирует социальная запущенность — манера воспитания, когда взрослые регрессируют к ее примитивным формам. И тогда среда расставляет людей по позициям соответственно задаткам выживания и способности учиться у самой жизни, но, к сожалению, такой расклад может пригодиться лишь на обочине цивилизации. Мы уже говорили выше о

естественных социальных потребностях детей, удовлетворение которых необходимо для нормального развития, и тех последствий, которые влечет за собой их игнорирование. В педагогической психологии есть даже специальный термин «депривация».\*

«Комплекс изгоя», погруженный в личность более или менее глубоко, в той или иной мере продолжает влиять на мотивы поведения. Ощущение того, что другие живут как-то иначе, не отпускает человека и вызывает некую ноту протеста, которая присутствует в разных формах социально неприветствуемого поведения. К тому же, привычка помыкать и быть помыкаемым, жизненный опыт, в котором мягкость — это слабость, доброта — глупость, а сострадание и сопереживание — камуфляж для элементарной корысти, позволяет человеку считать себя выше толпы, которая всерьез верит таким глупостям, как гуманизм, а тем более — альтруизм.

Редко кто из числа социально запущенных с детства минует в своем онтогенезе стадию более или менее систематического пьянства. В нем человек как бы уходит внутрь себя, в ту атмосферу, которая, будучи выпущена на волю, реализует себя «правильными понятиями», где бы и когда ни возникала социальная стихия из людей с комплексом изгоя. Недаром в нетрезвом виде такого склада люди бывают, как правило, большими эгоистами; они просто перестают считаться с окружающими и ведут себя бесцеремонно (насколько это позволяет преимущество в силе). Видя, что вокруг никто помыкать не собирается, они воспринимают это как сигнал занять пустующую позицию, а по мере адаптации к обычным социальным традициям, будучи не раз поставлены на место законом об административных правонарушениях, а то и уголовным, в трезвом виде скрывают свои хулиганские намерения, а в пьяном осторожность может отказать. Однако алкоголь в их судьбе играет не только отрицательную роль. Он создает как бы буферную зону между обществом и невоспитанным человеком. Некую условную ситуацию, возможность маневра, пока новое и непривычное не закрепилось, вероятность отступления. Многие так и остаются на этой стадии, не в силах сделать следующий шаг, оторваться от алкоголя и принять общественную этическую норму как свою. Из таких людей формируется своеобразная прослойка «пьющих с досады» на то, что им приходится жить с людьми, которые их не понимают. Постепенно раздражение близких

---

\* Лангмайер И, Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага, 1984.

нарастает, надежды на конструктивный диалог блекнут, и пьяницу вытесняют на обочину, где он вливается в пестрое по своему составу общество маргиналов.

Без алкоголя изгои редко становятся бомжами по внутреннему побуждению. Дистанция между их мироощущением и общепринятым — надежная защита от фрустраций разного рода. Чужой внутри себя человек очень адаптивен к любой социальной среде. Он может подыграть любым взглядам, вкусам и предпочтениям, пока это ему по тем или иным соображениям выгодно. Но изображать хорошего довольно противно и сильно утомляет. Среди бомжей все знакомо, привычно и вполне устраивает, но нет комфорта. Так что в обычном состоянии те, кто чувствует себя изгоем, если и уходят в бомжи, то на время.

### **Глава 3. Представление о консультировании и использовании психологических стратегий в консультировании**

Само понятие “консультирование” является родовым понятием для различных видов консультативной практики в различных областях: юридическое консультирование, социальное консультирование, профессиональное и коучинговое консультирование, педагогическое консультирование, консультирование в кризисных ситуациях и многие другие виды. И в каждом из этих видов консультирования используются психологические знания и навыки. Поэтому в данном учебно-методическом пособии мы разберем используемые психологические практики, в той или иной мере применяемые в различных видах консультирования для усиления их эффективности. Особенно это касается психологов, специалистов по социальной работе, юристов, волонтеров в такой сложной сфере как консультирование в кризисных социальных ситуациях.

#### **3.1. Принципы психологического консультирования**

В профессии консультанта, как и во многих профессиях, существуют свои этические принципы и профессиональные требования. Следование им является прежде всего основой для успешности самого консультирования.

Перечислим основные этические требования и подходы в консультировании (Бодалев А.А., Столин В.В, 1987; Столин В.В., 1982):

### ***Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту***

Такая установка консультанта направлена на то, чтобы клиент во время консультации чувствовал себя спокойно и комфортно. Безоценочное и доброжелательное принятие клиента как личности, позволяет ему раскрыться и свободно говорить о внутреннем. Консультант может и должен уметь внимательно слушать, быть готовым спокойно и доброжелательно выслушать трагические и/или шокирующие факты, не осуждать и стараться оказать поддержку. Это не значит абсолютного согласия с убеждениями, поступками и эмоциями клиента, но это означает полное принятие его как страдающей личности, ищущей помощи.

### ***Ориентация на нормы и ценности клиента***

Этот принцип подразумевает, что клиент может измениться только на основе своих жизненных принципов и ценностей, как бы они не отличались от общепринятых. Поэтому задача состоит в построении консультативной помощи исходя из того, что клиент готов обсудить и принять в рамках своего мировоззрения. Консультант должен быть готов ко временному моделированию в себе ценностей и убеждений клиента, чтобы понять и почувствовать его. При этом возможность и способность консультанта оказывать помощь является следствием того, что он профессионально владеет более конструктивными и гармоничными способами решения проблемных ситуаций, чем клиент.

Но владение более совершенными технологиями решения проблем, не должно порождать у консультанта критического (высокомерного) отношения к клиенту, так как это приведет к тому, что пришедший на прием человек почувствует неравность позиций и замкнется, не сможет быть искренним и открытым. Следовательно, реально оказать помощь возможно только сочувствуя консультанту как человеку, помогая ему искать решения его проблем в рамках его же ценностного понимания, открыто корректируя это понимание когда оно порождает проблемы самому человеку.

### ***Запрет давать советы***

Следует различать профессиональное информирование и советы. Информирование нужно и важно (справочная информация, необходимые для решения факты и прочее). Советы же вредны по нескольким причинам. Во-первых, дать гарантированный совет невозможно (хотя бы потому, что все знать и учесть нереально). Во –вторых, давая совет консультант берет на себя ответственность за его успешность. И в слу-

чае неудачи будет обвинен в ней. В третьих, поиск решения и нахождение развивает адаптивные способности клиента. Совет же «дает рыбу, а не учит ее ловить». Функция консультанта не советы, а компетентное сопровождение человека в его поиске выхода из проблем.

### ***Анонимность***

Анонимность означает, что любая информация, сообщенная клиентом психологу, не может быть передана без его согласия ни в какие общественные или государственные организации, частным лицам, в том числе родственникам или друзьям. То же правило действует и в отношении других видов консультирования, поскольку обеспечивает клиенту психологическую безопасность.

Однако, из этого правила существуют специально оговоренные законом исключения (угроза для жизни и здоровья, информация о совершенном преступлении), о которых клиент предупреждается заранее и подписывает информированное согласие. Если консультирование не столь формализовано, то общий принцип сохраняется и меры соблюдения конфиденциальности оговариваются с клиентом в начале.

### ***Разграничение личных и профессиональных отношений***

Существует очень профессиональная и рабочая метафора в консультировании: консультант — «зеркало» для клиента. «Смотрясь» в профессиональное зеркало консультанта и вступая с ним в диалог, клиент получает адекватное восприятие своих проблем, себя и это способствует его адаптации. НО! С зеркалом не дружат, зеркало безлично, зеркало анонимно. Если же клиент начинает видеть в консультанте человека и многое знает о нем, то помощь обесценивается.

Если перенестись на уровень глубже, то необходимо вспомнить два психоаналитических понятия, кардинально влияющих на процесс консультирования: перенос и контрперенос. Перенос — это склонность клиента переносить и проецировать на психотерапевта и отношения с ним свои отношения со значимыми людьми, основные проблемы и конфликты. Контрперенос — это склонность психотерапевта проецировать свои отношения со значимыми людьми и основные внутренние проблемы и конфликты на отношения с пациентом.

В процессе любого консультирования, где консультант входит в личностный контакт с клиентом, перенос и контрперенос также действуют, хотя и в ослабленном виде. Поэтому консультант и должен быть максимально «зеркальным» и неизвестным для клиента. Иначе клиент, уже как близкий человек, начинает требовать удовлетворять

те или иные его потребности, а консультант уже не может сохранить объективную и отстраненную позицию.

### ***Включенность клиента в процесс консультирования***

Включенность клиента в процесс консультирования необходим для того чтобы процесс консультирования был эффективным. Следовательно, это должен быть диалог клиента: либо с консультантом по очень интересующей клиента теме, либо диалог с самим собой в исследовании себя самого. И тот и другой вариант диалога позволяет ярко и эмоционально переживать все, что обсуждается с консультантом. Диалог должен быть логичным для клиента и происходить на понятном языке, чтобы клиенту было интересно активно искать пути разрешения своей ситуации, переживать и анализировать ее.

Очень часто в консультативном диалоге клиент начинает психологически защищаться от неудобной и/или неприятной для него информации. Внешне это проявляется разными симптомами: клиент вдруг теряет интерес к обсуждаемой теме, говорит об усталости, скрывает свое несогласие. В этой ситуации не стоит настаивать на своем, злиться, дотошно проговаривать свои аргументы. Лучше временно отступить и начать разбирать другой аспект, давая клиенту осмыслить и принять новую информацию. Все таки главное — это заинтересованность клиента в дальнейшей работе.

## **3.2. Цели и задачи психологического консультирования**

Основная цель психологического консультирования, как и любого другого вида консультирования, — оказание помощи клиенту в высказываемой им проблеме. Однако, зачастую, здесь возникает развилка мнений: консультант считает, что в оказании помощи (как он ее профессионально понимает) могут быть временные ухудшения состояния, а клиент (исходя из своего страдания) возражает против такого подхода и считает консультацию unsuccessful.

Позиция авторов этого пособия состоит в том, что основной заказчик консультации все-таки клиент и он имеет право получить помощь в том виде в котором он ее заказывает. Практически это означает, что в конце каждой встречи клиенту должно становиться легче. При этом у консультанта имеется право не согласиться на такие условия. Считаем тревожным диагностическим признаком в оценке качества консультирования, когда консультант не реагирует на жалобы клиента



о непонятности и/или тревожности происходящего в ходе консультации.

Но, что если для оказания действенной помощи клиенту действительно придется пройти через неприятные моменты осознания своей вины, повторного проживания своей травмы и так далее? Ответом может быть «принцип информированного согласия». Консультант обязан предупредить о последствиях, в доступной форме описать все плюсы и минусы проживания негативных переживаний. И если клиент будет убежден и согласен, то тогда может быть проведена техника воздействия, временно ухудшающая самочувствие клиента ради более полного решения заявленной им проблемы.

Успех психологического консультирования, кроме самих коррекционных воздействий, обеспечивается: безоценочным выслушиванием клиента, обеспечением возможности безопасно выговориться о сокровенном, расширением его представлений о себе и собственной ситуации, способностью сориентироваться в своей ситуации с профессиональных позиций, возможностью сделать свою жизнь более управляемой и принять на себя происходящее с клиентом.

### **Принятие клиентом ответственности за происходящее с ним**

Универсальной основой для позитивных изменений в состоянии и жизни клиента является принятие им ответственности за поступки и их последствия в жизни, вообще, и в заявленной проблемной ситуации, в частности. Без помещения «центра управления» в себя, клиент будет лишь искать поддержки со стороны окружающих и помощь в консультировании будет минимальна.

Осуществить такой перевод «центра управления» (локуса контроля) сложная задача. Оно и понятно, ведь признавая за собой управление своей жизнью, клиент будет вынужден признать, что причина его проблемной ситуации в значительной степени находится в нем самом. Хорошим средством перевода клиентом ответственности на себя является следующий логический посыл: «Вам не нравится ситуация в которой Вы оказались? Да. Если вы считаете, что причиной Ваших проблем являются другие, то Вы отдадите им управление своей жизнью и в будущем. Если Вы хотите управлять ситуацией своей жизни сами, то имеет смысл взять управление ею на себя: со всеми плюсами и минусами. Выбирайте, что Вам удобнее: вы ведете или вас ведут? Вы имеете право на любой выбор и тогда принимайте последствия этого выбора.»

Если консультант добился принятия клиентом ответственности, то это прекрасный результат: ведь осознавая свою ответственность за ситуацию, человек может сам решить, как ему необходимо поступать, для того чтобы в его жизни произошли позитивные изменения.

Но даже если человек, пришедший на прием, с самого начала заявляет о своей вине и ответственности, это отнюдь не значит, что это действительно так (контрольный признак — обвинение других) или что он понимает свою ответственность с настоящей глубиной (у него просто не хватает знаний для качественной рефлексии). Скорее всего его понимание ответственности поверхностно и его надо подробно проговаривать. Тому же, кто действительно понимает и принимает факт своего влияния на события собственной жизни, такое подробное обсуждение приведет к коррекции установок и моделей поведения на более эффективные и в его поведении и отношениях с людьми скорее наступят значительные изменения.

Как во всяком правиле, в принятии ответственности на себя существуют исключения. Они касаются случаев консультирования в острой кризисной ситуации (острое переживание горя, смерть близких, случай насилия, психологические травмы техногенных и военных катастроф и пр.). В таком состоянии люди наоборот склонны приписывать себе неадекватную ситуации ответственность и/или вину. Они могут считать себя виновными в смерти, испытывать стыд за то, что остались живыми. В такой ситуации работа консультанта как раз должна быть направлена на то, чтобы скорректировать неадекватные представления, снять лишний груз вины и ответственности с плеч клиента (Василюк Ф.Е., 1984, Kast V., 1989).

### **Позиция консультанта по отношению к клиенту**

В консультировании возможны три позиции консультанта по отношению к клиенту: позиция равенства, позиция «сверху» и позиция «снизу» (Цзен И.В., Пахомов Ю.В., 1985). Выбор позиции зависит от целей консультирования и от способности клиента принять модель взаимодействия. Так, в кризисной психологической консультации клиент зачастую растерян и подавлен и ему более приемлема доброжелательная директивная позиция «сверху». А вот в ситуации активной позиции клиента в решении его проблем наиболее оптимальной является позиция «равенства», он чувствует себя полноправным партнером. Поэтому клиент не скрывает информацию, не искажает ее, не оценивает и не судит консультанта, открыто и продуктивно работает наравне с психологом.

Однако, консультант все равно является активной и ведущей персоной в диалоге, поскольку ситуация консультирования изначально не равна и возникла в результате запроса клиента на помощь. Поэтому, отыгрывая роли «сверху, наравне, снизу» в зависимости от требований момента, психолог все равно придерживается уже упоминавшейся ранее позиции «зеркала». Побуждает клиента всматриваться в себя и работать с собой.

### **Средства воздействия консультанта**

Инструментом воздействия консультанта является коммуникация с клиентом и такой тип беседы отличается от того, что обычно встречается в жизни. В инструмент воздействия она превращается благодаря особой структуре и является составной конструкцией, складываемой из разного рода приемов и техник. Все эти приемы используются консультантом с целью достижения необходимого эффекта. Условно можно разделить техники и приемы воздействия на две группы: общую и специальную. Общая группа техник используется не только в психологическом консультировании, но и риторике, коучинге, конфликтологии, переговорах и т.д. Эта группа приемов не требует от консультанта специальных психологических знаний. В нее входят одобрение мнений клиента, приемы стимулирования высказываний, краткость и ясность речи психолога, способность использовать разные виды вопросов, подача реплик направленных на изменение и коррекцию позиции клиента, структурированные домашние задания и прочее. Некоторые из них будут представлены ниже.

Вторая группа, группа специальных приемов требует от консультанта знания психологических теорий и профессиональной практики под наблюдением супервизора. Эта группа приемов направлена на глубокое психологическое воздействие на личность клиента с целью снятия, например, психологических травм, отреагирование глубинных конфликтов и т.д. Объединяет эту группу приемов повышенные требования к экологичности и безопасности воздействия.

Кроме вербальных средств воздействия консультант использует и невербальные. К ним относятся: контакт глаз, интонационные характеристики голоса, позы. Чаще всего использование этих средств не служит достижению какой-либо конкретной цели, а обеспечивает процесс консультирования как таковой, снимая напряжение клиента,

обеспечивая его комфорт и контакт с консультантом. Важнейшим условием успешного психологического воздействия является правильная организация беседы.

### **3.3. Организация консультативной беседы**

#### **Пространство беседы**

Идеальный вариант расположения психолога и клиента — от 20 до 45 градусов от линии напротив друг друга, поскольку прямое расположение напротив побуждает к конфронтации, также это облегчает возможность отвести глаза от собеседника для своих внутренних переживаний. Расстояние друг от друга определяется возможностью беспрепятственно встать или вытянуть ноги. Возможно нахождение рядом, но не между собеседниками, маленького столика. Хотя следует сказать, что предоставляя клиенту возможность самому выбрать расстояние и положение, мы моделируем естественную, но очень диагностическую ситуацию. Чем дальше, тем более выражено недоверие и психологические защиты.

Само консультирование лучше проводить в отдельном кабинете, с максимальной шумоизоляцией и комфортной обстановкой, с удобными креслами и гарантией от внезапного появления третьего лица. Но и в случае отсутствия кабинета консультации, необходимо отгородить угол и расположить клиента так, чтобы он не видел дверь, окно и часы. Все это делается для максимальной концентрации внимания клиента на консультанте.

#### **Время беседы**

Основное требование к времени беседы заключается в ее удобстве для обоих участников диалога. Удобство заключается в возможности спокойно и не отвлекаясь поговорить, желательно со свежей головой. Время должно быть четко оговорено и ограничено. Как правило, от 45 до 60 минут. В консультации должно быть предусмотрено время на налаживание контакта, «исповедь» клиента, рабочее обсуждение и/или коррекцию, подведение итогов клиентом и консультантом, обратная связь от консультанта по результатам консультации. На практике часто эти блоки могут быть сокращены, переставлены или смешаны, но знание этого плана придает консультации нужную динамику.

### 3.4. Процесс беседы

Консультацию, как уже говорилось, можно условно разделить на пять этапов: 1) знакомство с клиентом и начало беседы; 2) расспрос клиента («исповедь клиента»), формулирование и проверка консультативных гипотез; 3) коррекционное воздействие и/или информирование; 4) завершение беседы и подведение итогов; 5) обратная связь от консультанта. Длительность приема может очень сильно различаться: от 20 минут в случае информирования клиента до 60 минут при применении коррекционных воздействий или специальных методов психотерапии. Также время и стиль консультирования сильно варьируется от теоретических подходов консультанта.

В большинстве же случаев время консультации составляет один час и распределяется следующим образом: 1) вхождение в контакт, начало беседы — 5–10 минут; 2) расспрос или «исповедь» клиента, формулирование запроса от клиента — 25–35 минут; 3) информирование и/или коррекционное воздействие — 10–15 минут; 4) завершение беседы и подведение итогов встречи клиентом — 5–10 минут; 5) обратная связь от консультанта — 3–5 минут.

На каждом из этих этапов достигаются свои специфические задачи.

#### **Начало беседы, установление контакта**

Эффективность консультации зависит от работы на результат с первых секунд. Самое главное в начале беседы для консультанта — проявить себя как доброжелательного, принимающего, заинтересованного собеседника. Необходимо обеспечить клиенту атмосферу безопасности и принятия его таким, каков он есть. Внутренне для этого консультанту помогает установка: «Это единственный человек на земле и хочу ему помочь». Внешне, это выполнение правил вежливости: встретить в дверях кабинета, помочь снять верхнюю одежду, показать место для сумок, предложить выбрать место для сидения и т.д. Причем делать это надо уважительно и со спокойным чувством собственного достоинства. Суетливым доверяют меньше. Фразы лучше строить тоже максимально вежливыми: «Проходите сюда, пожалуйста», «Будьте добры, скажите ...», «Прошу Вас, усаживайтесь поудобнее» и т.д.

Когда рассадка по местам произойдет, становится очень важным подстроиться к ритму клиента. Для этого можно посмотреть с каким темпом он дышит, скорость произнесения фраз и движений. Все это

помогает настроиться на ритм собеседника и начать разговор в удобном для него режиме, что сказывается на глубине раскрытия клиента. Поза консультанта должны быть немного более открытой, чем у клиента (тоже ради гармонизации с клиентом). Можно подержать небольшую паузу, дать клиенту оглядеться, молча выразить лицом доброжелательное ожидание.

## **Контакт с клиентом во время беседы**

### ***Вербальный контакт***

В вербальном контакте выполняется несколько задач.

1. Высказывания, направленные на установление и поддержание с клиентом доверительных отношений (особенно в начале беседы). Это подбадривание, похвала, выражение поддержки, поддержание или усиление самооценки путем подчеркивания сильных сторон клиента, снятие напряжения выражением одобрения качеств клиента. Фразы: “Не многие способны пережить такое», “У Вас очень хорошие интуитивные навыки реагирования», «Вы склонны поступать по доброму и заметьте как это поддерживает Вас самих», «Да, мама действительно научила Вас разбираться в людях, раз Вы так сразу и точно оцениваете их». Подобные высказывания часто имеют самостоятельный терапевтический эффект, способствуя формированию у клиента положительной я-концепции.

2. Высказывания, направленные на поддержание диалога с клиентом в процессе его «исповеди» и/или проживания сложных моментов. Это средства вербальной поддержки в виде высказываний “Да”, “Конечно”, “Угу”, которые показывают клиенту, что его слушают. Эти формы поддержки помогают преодолению пауз в рассказе клиента, способствуют проживанию значимых моментов, обозначают принятие клиента когда клиент расстроен или плачет. Согласие, высказанное во время монолога клиента, отнюдь не исключает того, что у консультанта может быть собственное мнение или отношение к рассказу.

3. Высказывания, направленные на снятие травматичности и исключительности переживаний клиента. Фразы, снимающие исключительность переживаний могут быть: “Подобные проблемы случаются у многих в отношениях», «Да, такое типично в отношениях супругов», «Многие подростки некрасиво ведут себя со своими близкими», «Вы столкнулись с типичными проблемами возрастного кризиса». При воспроизведении фраз подобного типа клиент чувствует, что: он не один переживает подобное, что он не хуже других, что его проблемы не по-

зорны и не исключительны, что они имеют решение, что консультант принимает и поддерживает его.

4. Высказывания, направленные на поддержание или усиление контакта косвенными методами. Таким средством является обращение к клиенту по имени. Обращение к человеку по имени означает личностный интерес к нему и, следовательно, к его проблемам. Также обращение по имени способствуют возникновению у клиента ощущения, что консультант ориентирован на него, слушает его с пониманием, уважает его самого и его высказывания. Также обращение по имени используется тогда, когда необходимо перебить клиента или заострить его внимание на каком-то моменте или привлечь внимание для проведения корректирующей фразы. Примеры реплик: «Да, Николай, теперь Вы видите, что .....», «Вот, вот, Светлана, обратите внимание ...», «Да, Илья, конечно».

### ***Невербальный контакт***

Известно, что невербальные реакции контролируются человеком гораздо в меньшей степени, чем вербальные. С другой стороны, невербальные реакции являются прекрасным средством диагностики клиента и себя. Поэтому реакции консультанта должны быть выверены и помогать клиенту. Общее правило проявления невербального поведения консультанта следующее: все проявления его должны быть чуть более открыты и доброжелательны, чем у клиента. Пример: если клиент скрестил руки и ноги, скрестите и Вы, но только ноги. Диагностически — это признак закрытости мира переживаний клиента. А задача консультанта показать, что можно немножко приоткрыть его и он демонстрирует это открывая руки. Как видно из примера, это делается для того, чтобы, с одной стороны, не диссонировать с клиентом в его состоянии. С другой стороны, копируя невербальные проявления клиента сам консультант может лучше чувствовать происходящее с клиентом. С третьей стороны, клиент чувствует, что его понимают и есть возможность быть более свободным и открытым. Можно выделить несколько сфер невербального контакта, которым консультант должен уделять специальное внимание в ходе беседы.

### ***Контакт глаз***

С точки зрения животного мира, прямой взгляд в упор, это признак агрессии и вызова. Поэтому консультанту также не следует навязывать взгляд в глаза клиенту. С другой стороны, избегающий взгляд может интерпретироваться как неискренний и боящийся. С третьей стороны, выражение глаз очень важное средство понимания и клиенты

часто глядят в глаза консультанту, чтобы проверить его реакцию. Исходя из изложенного, наиболее оптимальным для консультанта является спокойный и принимающий взгляд на клиента, без выраженного движения глаз в разные стороны, с периодическим морганием раз в 3-5 секунд. Примечание: моргание снимает ощущение агрессивности. Этому же служит расположение друг от друга чуть наискосок, чтобы не попадать в поле прямого взгляда клиента и мешать ему сосредоточенно раздумывать, глядя перед собой.

### ***Выражение лица***

Лучше всего, если на лице консультанта можно прочесть доброжелательное внимание. Выражение доброжелательности, спокойствия и уверенности на лице консультанта, особенно когда клиент говорит шокирующие или травматические вещи, само по себе имеет для него психотерапевтический эффект. Такое выражение побуждает у клиента чувство, что все нормально, что с этим можно справиться, что самое страшное может быть по человечески принято и личностно проработано. Проблема для самого консультанта состоит в том, что тонкая мимика лица очень ясно считывается клиентом и контролировать ее довольно сложно. Особенно сильно это проявляется, когда клиент плачет, охвачен какой-то сильной эмоцией или агрессивно спорит с консультантом. Также это может проявиться, когда сам консультант растерян, не знает как поступать дальше.

Решением вопроса является внутренняя настроенность. Вспомните метафору зеркала. Зеркало не эмоционирует, оно отражает. Зеркало не теряется, оно отражает. Зеркало не нападает, оно отражает. Зеркало не рассеивает внимания, оно отражает того, кто в него смотрится.

### ***Поза тела***

Поза тела имеет как диагностическое, так и коррекционное значение. Чем более закрыта поза тела у клиента (скрещены руки и ноги, отвернута голова, тело смотрит боком), тем более закрыт клиент от общения. Задача консультанта состоит в том, чтобы следовать за клиентом, помогая ему делать свое состояние более конструктивным. Поэтому консультанту рекомендуется принимать позу подобную клиенту, но чуть более открытую. Это обуславливается тем, что консультант более активное лицо в диалоге и, во— вторых, транслирует клиенту возможную большую открытость и гармоничность. Это вполне естественно, поскольку при глубокой вовлеченности в разговор клиент, не осознавая этого, начинает зеркально отражать позу и поведение консультанта. Изменение же позы тела влечет за собой и изменение психологического



настроя. Тем самым появляется возможность корректировать психологические состояния через проецируемые клиенту телесные изменения (позиция тела, ритм дыхания и т.д.) (Lowen A., 1967).

Желательно избегать трансляции признаков тревожности от консультанта к клиенту: сидеть на краешке стула, нервно сжимать руки, сжимать ручки кресла, сидеть в более закрытой позе, далеко откидываться от клиента и ли сильно приближаться к нему.

### ***Тон и громкость голоса***

Голос — инструмент психолога и реакция клиента на то, что говорит психолог, во многом связана с его манерой говорить. Поскольку он используется в разговорном жанре, то имеет смысл говорить негромко, приглушенно и, желательно, благожелательно. Но это общая рекомендация. Вообще же варьирование громкости голоса, темпа, ритма, стиля речи консультанта могут привести и приводят к изменению состояния клиента. Исходя из принципа подстройки, манеру говорить лучше скопировать с манеры разговаривать клиента. Это позволит консультанту лучше почувствовать состояние клиента и оценить его на гармоничность. Также появляется возможность постепенно менять стиль речи на более гармоничный, побуждая клиента следовать за консультантом.

Консультант может несколько охладить или убыстрить клиента, начав говорить медленнее и тише или быстрее и громче. Это, в свою очередь, вполне возможно приведет к автоматической подстройке клиента, нормализуя его состояние.

### ***Использование паузы***

Умение выдерживать паузу является одним из важнейших профессиональных навыков практика (Rogers C., 1971). Пауза дает возможность: говорить самому клиенту, стимулирует диалог, позволяет собраться с мыслями, делает речь консультанта более авторитетной, делает речь более продуманной, дает возможность поправить сказанное, избежать конкуренции с клиентом и т.д. Но пауза консультанта не должна быть длительной (более 30-40 секунд), поскольку чрезмерная пауза провоцирует на агрессию на ведущего (Yalom I.D., 1975).

## **3.5. Этап представления с клиентом**

Далее следует этап представления. Лучше всего — это позиция равенства, то есть если психолог представляется так же, как и клиент — по имени-отчеству, просто по имени и т.д. В качестве исключения, правила вежливости требуют называть по имени и отчеству более

пожилого человека (следует уточнить, какое обращение он предпочитает). Лучше предоставить собеседнику возможность назвать себя первым: «Давайте познакомимся, как мне вас называть?»

Достаточно часто клиенты интересуются: На какую пользу они могут рассчитывать от консультации? Что такое психологическая консультация? Как себя на ней вести? Бывают случаи, когда разъяснять сущность консультирования необходимо немотивированным, приведенным со стороны клиентам.

Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозманом предлагают следующую формулировку: «Мы — психологи, советов не даем, никаких лекарств не прописываем. Наша помощь людям состоит в том, что мы разговариваем с ними и стараемся помочь им увидеть их собственную ситуацию со стороны, с другой точки зрения, иначе отнестись к ней и, если нужно, на основании этого принять решение или изменить свое поведение»\*.

Автор предлагает другую, более функциональную формулировку: «Психологическая консультация — это безопасное и не передаваемое другим общение, в котором Вы можете: рассказать свою проблему; выразить подавляемые переживания и освободиться от них; получить мнение специалиста, знающего эффективные способы решения различных проблем. Здесь Вы можете выработать, опробовать и оценить с консультантом. новые модели поведения, которые небезопасно пробовать в обычной жизни».

Типичный и закономерный вопрос клиента после такого представления: «А вы уверены, что сможете мне помочь?» Один из возможных ответов: «Вы безусловно получите пользу для себя в процессе консультирования. Сможем ли мы достичь успеха в Вашем запросе зависит от совместной работы нас обоих. Давайте попробуем».

### **3.6. Переход к консультированию, предъявление проблемы, «исповедь» клиента**

Все эти названия в заголовке описывают один и тот же процесс — рассказ клиента о его ситуации. Это очень интимный момент, к которому клиент специально готовился. Это, кстати, означает, что он выдает отредактированную версию событий (со всеми психологическими за-

---

\* Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. — Изд. 2-е. — М.: Независимая фирма “Класс”, 1999. — 208 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

щитами, искажениями и выгораживанием себя). Но это почва консультации, на которой будет происходить потом все остальное.

Самому консультанту следует искренне демонстрировать клиенту три важные вещи: безусловную готовность принять то, что скажет клиент; неосуждающую доброжелательность; тотальную внимательность к клиенту. Это очень важно для успеха всей дальнейшей консультации. Чем более демонстрируются эти качества, тем более клиент чувствует возможность раскрыться в безопасной обстановке и тем глубже будет проработка проблематики. Хотя само слово «проблема» употреблять не стоит, чтобы не навешивать ярлыки на состояние клиента. Лучше заменить его на слова «задача» или «ситуация».

В случае сопротивления консультированию, когда клиент начинает сомневаться: «Стоит ли ему доверять свою проблему консультанту по причине его «неподходящего» возраста, пола, профессионального опыта и т.д.?», имеет смысл запросить у клиента цель его прихода на консультацию. При формулировании клиентом цели, запроса становится возможным проговорить те профессиональные компетенции и навыки, которыми владеет консультант для решения этих задач. После чего обратить внимание клиента, что главное для него, профессиональная квалификация консультанта, которую он сможет оценить, лишь начав работать. Далее клиенту следует предложить выбор: работать с консультантом или воспользоваться информацией консультанта о других коллегах, работающих по этой проблематике.

Еще одной особенностью «исповеди» клиента бывает начало изложения проблемы со слишком общих тем и вопросов. Как правило, это следствие тревожности клиента (см. параграф «Консультирование тревожных клиентов»). Для ее снижения имеет смысл проговорить технику безопасности консультирования: анонимность, отсутствие осуждения, принятие консультантом всего диапазона чувств клиента, свободу выражения и экспериментирования в пространстве консультации. Также можно запросить личную заинтересованность клиента этими вопросами: «По какой причине вас волнуют эти вопросы?», «Что в этой теме привело на консультацию лично вас?».

Достаточно часто клиент просит помочь не ему, а кому то еще. Могут звучать фразы типа: «Помогите моему (зятю, мужу, сыну, жене, знакомому). Ему (ей) нужна помощь, а сам (сама) он не пойдет» или «Проконсультируйте меня по поводу проблему у ....». В данном случае правило одно: «Мы обсуждаем кого-либо только в связи с личной потребностью и/или проблемой клиента». Тогда естественны вопросы:

«Для чего Вам нужно, чтобы N изменил поведение? Как это должно повлиять на Вашу жизнь?», «Насколько Вы хотите лично участвовать в изменениях? Зачем это Вам нужно?». Как правило, в таких сторонних запросах скрывается личная проблема клиента. С ней и надо работать.

В любом случае, консультант предлагает клиенту изложить то, с чем он пришел на консультацию.

### **3.7. Расспрос клиента**

При расспросе клиента необходимо как можно лучше разобраться в его проблемах, понять, с чем связаны основные конфликты и тревоги. В расспросе выделяется два этапа: 1) поощрение «исповеди» клиента; 2) формулировка и уточнение рабочих гипотез (уточняющие вопросы).

#### ***Первая фаза расспроса клиента***

Основная цель консультанта — “разговорить” клиента. В предыдущем параграфе уже говорилось о настрое консультанта: безусловной готовности принять то, что скажет клиент; неосуждающей доброжелательности; тотальной внимательности к клиенту. Открытость клиента поощряют вопросы и реплики открытого типа: “Расскажите мне о ваших отношениях...”, “Какая у вас семья?”, “Когда и как это началось?” и т.д. Ответ на подобные вопросы и реплики предполагает рассказ, в котором клиент в своей манере и со своими когнитивными и эмоциональными акцентами, может говорить то, что важно именно для него.

Задачами консультанта на этом этапе являются: 1) создание и поддержание контакта с клиентом; 2) стимулирование клиента на раскрытие информации; 3) направление беседы в сторону раскрытия личностных проблем клиента; 4) осмысление информации клиента с позиций его адаптивности в социальной среде на основе теоретических концепций, формулирует первичные гипотезы; 5) оценивает личностные особенности клиента.

Вот как описывает эти фазы Ю.Е. Алешина [2,27-28]:

«1. Наиболее эффективный способ поддержания контакта с клиентом в то время, как он говорит о себе, — внимательное, эмпатическое слушание. Для того чтобы клиент чувствовал, что его внимательно слушают, обычно достаточно того, чтобы консультант подбадривал и одобрял его, кивая или выражая свое согласие вставками типа: “Конечно”, “Угу”, “Да-да”.

На этой фазе беседы часто выясняется: то, как интерпретирует свою ситуацию клиент, в чем и как он видит причины своих проблем,

далеко от действительности, противоречиво, негативно характеризует других людей, выставляя в положительном свете рассказчика. Но работать с этим материалом, не соглашаясь с клиентом, указывая на его ошибки, на этом этапе не стоит. Обычно у психолога еще нет достаточной информации, опираясь на которую можно было бы скорректировать точку зрения человека, а возражения, выражения несогласия лишь активизируют сопротивление, разрушая пока только формирующийся положительный контакт. На этом этапе следует придерживаться принципа “принятия концепции клиента”. Не стоит бояться, что из-за того, что психолог вначале не выражал несогласия с тем, что говорит клиент о себе и окружающих людях, высказывание впоследствии противоположного мнения на этапе коррекционного воздействия будет воспринято собеседником более негативно. Наоборот, часто уже в процессе рассказа точка зрения клиента изменяется, он готовится к принятию нового взгляда на себя и окружающих, иной концепции происходящего.

2. О стимулировании клиента на рассказ уже немного говорилось выше. К этому можно добавить, что к полезной для психолога информации следует отнести прежде всего историю возникновения проблемы (когда и в связи с чем она появилась); отношения клиента со всеми действующими в его рассказе лицами, их отношения к проблеме; представление о том, чем именно вызвана проблема с точки зрения самого человека и окружающих людей; происходившие когда-либо ухудшения и улучшения ситуации и с чем они могли быть связаны; чем именно вызвано обращение в консультацию, почему оно происходит именно сейчас, а не раньше или позже. Обо всех упомянутых выше моментах следует специально попросить рассказать. Вопросы, которые можно сформулировать на основании указанных пунктов, должны быть достаточно широкими, и они обычно хорошо стимулируют клиента на рассказ.

3. Структурирование беседы необходимо как самому консультанту, так и клиенту. У клиента должно быть логичное представление о том, что и зачем говорится и обсуждается в данный момент. Это, с одной стороны, помогает избежать рецидивов сопротивления, поскольку клиент начинает ощущать, что за все происходящее во время приема ответствен не только консультант, но и он сам. Кроме того, понимание происходящего способствует концентрации внимания, повышению эмоциональной и интеллектуальной активности во время разговора. Структурирование беседы полезно и консультанту, поскольку позволяет эффективнее использовать время консультации: ведь если клиент

может с легкостью проследить, откуда и как возникают те или иные темы в разговоре, с чем конкретно связаны вновь появляющиеся идеи, то, следовательно, нет необходимости что-то дополнительно повторять или объяснять.

Но в чем именно должно выражаться структурирование? Задавая какой-либо вопрос, меняя тему обсуждения, консультанту следует объяснить, почему он это делает, чем это вызвано. Вполне допустимо, если это объяснение будет несколько расходиться с тем, что на самом деле думает консультант по этому поводу; достаточно, чтобы для клиента соблюдалась хотя бы какая-то видимость логики всех переходов в разговоре. Реплики-связки могут выглядеть следующим образом: “Вы много говорите о своем отце, но, поскольку мы имеем дело с семейной ситуацией, мне бы хотелось, чтобы вы несколько слов сказали и о своей матери” или “Вы мне рассказали о том, каковы ваши отношения теперь, но для того чтобы разобраться в конфликте, мне необходимо знать, какими они были раньше и как и в связи с чем начали ухудшаться”.

Другой прием структурирования беседы — краткое комментирование того, что говорит клиент, подведение итогов сказанного по тому или иному поводу: «Значит, с вашей точки зрения, большую роль в этом конфликте играют ваши бывшие коллеги по работе» или «Таким образом, вы мне рассказали о ваших отношениях с сыном на сегодняшний день». Подобные реплики консультанта помогают клиенту оценить свой рассказ, проверить, не упущено ли что-то важное, что следует добавить.

4. Осмысление того, что говорит клиент — во многом внутренняя работа психолога. Это очень напряженный, сложный процесс. Молчать, но при этом понимать и анализировать все, что говорит собеседник, удается далеко не каждому. Как часто приходится наблюдать в обыденной жизни ситуацию, когда кто-то «захватывает сцену» и начинает говорить о себе. Чаще всего собеседник, не имея возможности высказаться, теряет интерес к разговору, начинает «клевать носом», отвлекаться. Позиция консультанта обязывает к прямо противоположному поведению. О путях осмысления того, что говорит клиент, подробно будет сказано дальше. Здесь же коротко остановимся лишь на некоторых технических моментах, которые могут помочь психологу быть активным и понимающим на протяжении всего разговора.

Для того чтобы полноценно участвовать в диалоге с клиентом, консультанту следует помнить имена, названия, даты, различные детали, упоминаемые клиентом. Кроме того, прямое “цитирование” ска-

занного им позволяет быстрее переориентировать клиента, продемонстрировать ему возможность другой точки зрения. Для того чтобы не упустить что-то важное, консультант может попробовать кое-что записывать во время беседы. Конечно, для этого прежде всего необходимо получить согласие клиента, но обычно это довольно легко. Проблемы могут возникнуть в другом, ведь вести записи и одновременно поддерживать контакт с собеседником довольно трудно, и в ситуации выбора следует всегда разрешать его в пользу контакта. Не стоит писать, когда клиент плачет, очень возбужден, рассказывает о чем-то сокровенном.

Для того чтобы лучше концентрировать внимание на материале, консультант может вслух или про себя повторять последние перед паузой слова клиента. Такое повторение — хороший способ стимулировать на рассказ и поддерживать контакт, активно используемый в школе К. Роджерса (Rogers C., 1959).

Процесс расспроса, исходя из используемой здесь модели, занимает 25–30 минут, но 15–20 минут спустя после начала беседы консультант должен уже достаточно хорошо разбираться в проблемах и ситуации клиента, быть готовым к тому, чтобы перейти ко второй фазе расспроса — формулированию и проверке консультативных гипотез. Здесь уместно более подробно остановиться на том, что такое гипотезы в психологическом консультировании, как именно они формулируются и проверяются».

##### 5. Оценка личностных особенностей клиента [7]

Прежде всего оцениваются *возможности интеллекта* и развитие ума. Здесь, психолога интересуют в *первую очередь* сообразительность, проницательность, интуиция, креативность — те качества, которые относятся больше к адаптивности, чем к эрудиции (важнейшей характеристикой интеллекта является способность ориентироваться в жизни и выражать свои переживания общепринятым способом). В частности, для того чтобы работать с клиентом, нужно ясно представлять себе, понимает ли тот происходящее или растерян, находится во власти воображения и созданных им мифов, уверен в своих знаниях или испытывает давление информационной неопределенности. Иначе эмоциональный барьер не позволит даже приблизиться к смысловому, который всегда отделяет поначалу человека, обратившегося за помощью, от того, кто берется ему помочь. И это понятно, ибо чувственный фон определяет предвзятость мысли и податливость воздействию как извне (внушение на основе сопереживания), так и со стороны воображения (очарованность фантазией). Не последнюю роль играет и *эрудиция*. Широта

кругозора клиента позволяет надеяться, что он знает много вариантов поведения, которые можно взять за образцы в поисках выхода из проблемной ситуации.

Ознакомившись с адаптивными возможностями интеллекта, психолог обычно определяет, в какой мере индивидуальные *особенности высшей нервной деятельности* (обычно их обозначают ВНД) могут препятствовать взаимодействию с окружающим миром и собственной личностью. Например, когда вязкость мышления раздражает близких, создавая у них впечатление несообразительности и лени, а стремление подхлестнуть темп психических процессов является причиной затяжных конфликтов с весьма серьезными последствиями. Или перцептивная недостаточность принимается за робость и побуждает стимулировать решительность обидными приемами. Не говоря уже о минимальной мозговой дисфункции, носителей которой наказывают гораздо чаще, чем они этого заслуживают. Практика убеждает, что житейский опыт и здравый смысл не гарантируют людям умения отличать психическую несостоятельность от дурного характера.

Третий шаг — установка специфики *темперамента*. И хотя современная психология предпочитает вместо классических четырех видов распознавать множество «акцентуаций», принцип остается прежний — врожденные особенности манеры поведения. Данные о темпераменте важны для оценки серьезности отклонения или расстройства. Если обстоятельства «подходят к типу акцентуации как ключ к замку», речь идет всего лишь о «декомпенсации», не затрагивающей личностных установок, то есть — о колебаниях настроения в пределах допустимого.

За темпераментом следует *характер* в его проявлениях. Здесь необходимо сгруппировать предпосылки неконструктивного поведения с представлениями о «месте наименьшего сопротивления обстоятельствам». Другими словами, обозначить вероятность того, что называется «реакцией почвы», когда ответ на стечение обстоятельств определяет не столько ситуация, сколько имеющиеся предрасположения.

В своей совокупности эти четыре луча звезды определяют манеру поведения, способ реагирования, стиль переживания, что, безусловно, важно для работы с человеком, чем бы тот ни занимался, и о чем бы психолога ни спрашивали заинтересованные лица. На основании этих данных можно предполагать с большой вероятностью, что следует от него (обследуемого) ждать в той или иной ситуации.



### 3.8. Гипотезы в психологическом консультировании

Строго говоря, гипотеза — это рабочая версия консультанта, непротиворечиво объясняющая проблемы клиента в контексте его жизни. Формулирование рабочих версий позволяет консультанту: а) сформулировать проверочные и уточняющие вопросы; б) выявить неконструктивность личностной организации и/или установок и/или социальных ролей и/или навыков деятельности клиента в проблемной области жизнедеятельности; в) определить способы переориентации клиента по отношению к своим проблемам.

То, что говорит клиент является фактами, которые пропускаются через фильтр различных теоретических концепций, чтобы составить объяснительную схему происходящего (рабочую гипотезу) и сделать проверяющие предположения, которые проверяются на втором этапе расспроса клиента. Если предположения оправдываются, то рабочая гипотеза позволяет сделать достоверный прогноз о будущих состояниях и действиях клиента, о проявлении проблемы в его жизни. Тем самым, консультант становится способным к предсказанию.

В данном пособии базовой объяснительной схемой является теория «средовой психической дезадаптации» подробно описанная Б.Н. Алмазовым [7]. Суть ее состоит в том, что дезадаптация личности формируется из сочетания интрапсихического дефекта (органические дисфункции, психотравмы и т.д.) и фрустрирующей развитие социальной ситуации. Такое сочетание дефекта и неблагоприятной социальной ситуации запускает в личности паттерн (алгоритм) переживания своей «ущербности». Паттерн переживания «ущербности» запускает мотив (драйв) компенсации, который, в свою очередь, формирует психологическую защиту (чаще не конструктивную). Не конструктивная форма психологической защиты приводит к потере контроля личностью в определенной сфере жизнедеятельности и ведет к дезадаптации. Если дезадаптации подвергаются все три сферы жизнедеятельности (работа или учеба, семья и социальная группа поддержки), то личность претерпевает экзистенциальный кризис жизненных ценностей и может пойти по пути деперсонализации.

Такое функциональное описание отнюдь не претендует на новую теоретическую концепцию и позволяет интерпретировать проблемы клиента в рамках общепринятых психологических теорий. Чем больше истолкований на основе теоретических концепций возникает у консультанта по поводу тех или иных высказываний клиента, тем больше он

профессионально оснащен, тем легче ему работать. Но даже не столь подкованный консультант, пользуясь теорией «средовой психической адаптации», будет способен выявить неадаптивные паттерны клиента и озвучить клиенту вполне эффективную интерпретацию. То есть сформулировать свое видение ситуации таким образом, чтобы обратившийся за помощью клиент сумел понять, принять и найти на его основе конструктивное решение своей проблематики. Для того, чтобы выработать такую интерпретацию клиенту, консультант должен сначала сам для себя достаточно однозначно сформулировать, что же происходит в жизни клиента, то есть, проверяя возникшие у него гипотезы, он должен остановиться на одной, наиболее подходящей данному человеку в конкретной ситуации

Поэтому на первом этапе мы внимательно, поощряя и не перебивая, слушаем клиента, интересуясь, помимо сути самого рассказа, несколькими моментами: насколько он контролирует свои сферы жизнедеятельности (работа, семья, друзья)?; насколько он удовлетворен жизнью и успехами в трех сферах жизнедеятельности (работа, семья, друзья)?; имеется у клиента средовая психическая дезадаптация в трех, двух или одной сферах жизнедеятельности?; от чего зависит дезадаптация: от отсутствия конкретных навыков? от нечеткости нужных социальных ролей? от спутанности и дисгармоничности установок и смыслов, регулирующих данное поведение в социальной роли? От конфликта между побуждениями спонтанной природы (натуры) и установками личности?

Вышеприведенные вопросы позволяют: а) посмотреть на проблему клиента в широком контексте и с позиций его адаптации; б) позволяют консультанту сориентироваться в тактике консультации. Поясним подробнее.

Если у клиента дезадаптация наблюдается в двух или трех сферах жизнедеятельности, то прорабатывать поведенческие стратегии мало эффективно, поскольку проблематика его дезадаптации лежит более в сфере личности, чем ролевых или поведенческих навыков. В такой ситуации потребуются скорее повышать ресурсность клиента: снимать излишнее чувство вины, отреагировать подавленные аффекты, снижать уровень страха и тревожности, актуализировать позитивные воспоминания клиента.

Возможен и другой подход к тактике консультирования:

— Если нарушение адаптации клиента происходит по причине *отсутствия конкретных навыков*, то мы можем в ходе консультации разыграть и отработать различные навыки поведения;

— Если нарушение адаптации клиента происходит по причине *отсутствия или нечеткости социальных ролей*, то мы можем в ходе консультации анализировать и примерять к клиенту имеющиеся у него примеры успешных социальных ролей других людей;

— Если нарушение адаптации клиента происходит по причине *дисгармоничности смыслов и установок*, то мы можем в ходе консультации анализировать влияние этих установок на поведение и вырабатывать с клиентом новые, более адаптивные для него установки;

— Если нарушение адаптации клиента происходит по причине *конфликтов между «неприемлемыми» побуждениями натуры и установками Эго*, то мы можем в ходе консультации применять для гармонизации соответствующие психотерапевтические практики в рамках различных школ психологии;

В описанном выше подходе заложена одна из терапевтических аксиом психологического консультирования: расширение контекста восприятия проблемы позволяет найти гармоничные пути ее решения.

### **3.9. Фаза проверки гипотез (вторая фаза расспроса клиента)**

Как мы помним, на первой фазе расспроса, у консультанта возникли гипотезы и проверочные вопросы. Основным методом, подходом на втором этапе расспроса является анализ конкретных ситуаций, явно демонстрирующих отношения клиента с окружающими. Метод позволяет выявить и проанализировать поведение клиента в проблемных ситуациях, особенности и типы выбираемых им алгоритмов взаимодействия с окружающими.

Гипотеза проверяется консультантом на двух или трех разбираемых ситуациях и считается подтвержденной только в том случае, если во всех ситуациях присутствует общая закономерность. Для того, чтобы ситуации были представительны для проверки гипотезы они должны быть: а) из сферы жизнедеятельности, в которой клиент испытывает трудности; б) быть типичными для проблемных взаимодействий клиента; в) должны быть развернутыми и вызывающими у клиента весь спектр эмоций и взаимодействий, характерных для проблемной области.

Вторая, уточняющая фаза, как раз и нужна для того, чтобы проверить гипотезы в этих конкретных ситуациях. Консультант задает вопросы по существу: “Вы говорили, что Ваш муж пьет. Сколько раз в неделю он пьет?” «Сколько он выпивает за раз?» «Какие спиртные напитки он предпочитает?», “Когда именно у Вас впервые усилилось

ощущение головной боли в разговоре со свекровью?». Консультант побуждает клиента давать точные, объективные ответы. Это необходимо, поскольку дает возможность сравнить точные факты с теоретическими посылами или статистикой. Пример: «Вы утверждаете, что Ваш муж пьяница. Это так? — Да. — Сколько раз в неделю он пьет? — Неет. Он раз в полмесяца где то пьет. — Что же он пьет? И сколько? — Ну сядет в субботу и может литров 5 выпить. Ходит потом перегаром дышит, всю квартиру завонял. — А похмельем потом страдает? — Да, нет. Бодрый встает. Что ему, быку здоровому, сделается? — По какой причине Вы считаете мужа алкоголиком? Он не пьет 150 грамм каждый день. И у него не бывает похмелья. По медицинским критериям он не алкоголик. — Да я вообще дух алкоголя не выношу. У меня папаша каждый Божий день пил и дышал потом перегаром.» Из диалога видно, что клиентка имеет психотравму детства, связанную с отцом-алкоголиком, и проецирует (смещает) ее на своего не пьющего мужа. Причина обращения клиентки на консультацию, охлаждение к ней мужа и участвовавшие конфликты.

В расспросе клиента про ситуацию обязательно нужно выяснить: Время возникновения ситуации: сколько ситуация длилась; какие причины возникновения ситуации; кто участники ситуации; что говорил и делал клиент: что говорили и делали другие участники ситуации; чем ситуация закончилась; какие имела последствия и какое влияние на клиента оказала. В рассказе клиента консультант отмечает себе: в связи с какими словами у клиента возникли паузы, интонационные изменения, изменение тембра и ритма речи, оговорки, поиски слов и т.д. Все эти маркеры свидетельствуют о истинных переживаниях клиентом. В эти моменты консультант спрашивает: думал и чувствовал клиент в это время, как отнесся к словам и поступкам остальных участников; как, по его мнению, чувствовали и чем мотивировались другие участники.

Зачастую клиент забывает реальные переживания, вытесняет их под влиянием отрицательных эмоций с ними связанных. Здесь консультант занимает активную позицию, побуждая клиента вспомнить, используя различные приемы активизации памяти (ассоциации, подключение других сенсорных систем и другое), задавая наводящие вопросы: «Что было перед этим событием?», «Расскажите, пусть и неточно».

Зачастую серьезные трудности возникают у клиентов при описании собственных переживаний и переживаний других людей. А ведь

именно они показывают болевые точки и непроработанные области в психике клиента. Иногда приходится просто учить клиентов переводить язык физиологических переживаний на язык чувств. Пример: «Когда он это сказал, что Вы ощутили в теле: прилив крови к лицу, распирающее чувство в груди, потребность резко выкрикнуть слова, общее возбуждение? Вы уже испытывали такие ощущения раньше? Что Вы в тот момент делали? Ругались? Возмущались против чего то? Видели эти же признаки в поведении других людей? Как бы Вы назвали это чувство?». Иногда достаточно просто перечислить различные чувства, чтобы клиент выбрал из них.

Когда гипотеза выбрана и подтверждена можно переходить к следующей фазе консультативной беседы — к оказанию психокоррекционного воздействия, к интерпретации того, что происходит.

### **3.10. Оказание психокоррекционного воздействия**

В консультировании всегда есть определенный набор стратегий и тактик, который с некоторыми вариациями используется практически во всех описываемых ситуациях воздействия. К ним относятся:

1. Мотивация клиента на принятие им ответственности за происходящее с ним.

2. Мотивация клиента на принятие и понимание собственных чувств для того, чтобы открыть доступ к принятию им себя самого и возникающего вслед за этим, понимания собственного поведения.

3. Мотивация клиента на чувственное переживание состояний, которые испытывает его оппонент, для восстановления более доверительных отношений на основе пережитого.

4. Мотивация клиента на планирование и скорейшее осуществление конкретных поведенческих шагов, направленных на немедленное изменение ситуации.

В краткосрочном консультировании возможно несколько моделей коррекционного воздействия:

1. Модель информирования. Консультант, понимая проблему клиента, предоставляет ему недостающую для полноты картины информацию и запрашивает у клиента: как это меняет его взгляд на свои затруднения.

2. Модель отражения (интерпретации). Озвучивание клиенту сформировавшейся у консультанта гипотезы с последующим обсуждением. Такой ход самый простой, но и самый проблемный, поскольку

клиент может не захотеть принимать версию консультанта из-за тревожности и психологических защит. Поэтому консультант проговаривает технику безопасности: «Я сейчас изложу свое понимание Вашей ситуации, которое у меня сформировалось в нашей беседе. Я не претендую на истину и мы можем обсудить в чем мы совпадает, в чем нет и по какой причине.»

Hill (1986) выделяет пять типов интерпретации:

- Установление связей между якобы отдельными утверждениями, проблемами или событиями. Например, клиенту, который говорит о страхе публичного выступления, низком уровне самооценки и трудностях в отношениях с другими людьми, консультант указывает на взаимосвязь проблем и влияние на их возникновение неадекватных ожиданий и притязаний клиента.

- Акцентирование каких-либо особенностей поведения или чувств клиента. Клиент, например, постоянно отказывается от работы, хотя высказывает желание работать. Консультант может сказать ему: «Вы, казалось бы, радуетесь появившейся возможности, однако, когда сталкиваетесь с неизбежными трудностями, убегаете».

- Интерпретация способов психологической защиты, реакций сопротивления и переноса. В вышеприведенном примере возможна интерпретация: «Судя по нашей беседе, побег является для Вас способом борьбы со страхом неудачи». Таким образом, здесь интерпретируется психологическая защита (побег) от тревоги (страха неудачи). Интерпретация переноса представляет собой основную технику психоаналитического лечения. Клиенту стараются показать, что его прошлые отношения (обычно с отцом или матерью) мешают правильно воспринимать чувства и поведение консультанта.

- Увязывание нынешних событий, мыслей и переживаний с прошлым. Иначе говоря, консультант помогает клиенту усмотреть связь теперешних проблем и конфликтов с предшествующими психотравмами.

- Предоставление клиенту иной возможности понимания его чувств, поведения или проблем.

3. Модель переформирования. Предлагается непривычное для клиента видение его проблемной ситуации, чтобы с помощью нового понимания выработать новые подходы. В этом плане очень хороша, как раз, возможность посмотреть на ситуацию в контексте средовой психической адаптации. Например, проблема семейных скандалов может быть рассмотрена не как семейный стиль отношений, а как

компенсация уступчивости клиента на работе или как копирование отношений в родительской семье.

4. Модель выгоды. Здесь мы исходим из универсального посыла, что дезадаптивное, невротическое поведение несет какую— то выгоду клиенту. Эта выгода, как правило, обслуживает какие— то неосознаваемые потребности клиента, осознание которых дает возможность выработки более адаптивного поведения, мотивов и установок. Выявление и совместный анализ с клиентом этой выгоды и способов ее проявления дает мощный корректирующий эффект.

5. Модель ролевой подстановки. Это попытка расширить восприятие ситуации клиентом, за счет проигрывания им роли своих оппонентов. Клиенту предлагают мысленно подставить себя на место участников конфликтной ситуации и оценить их глазами собственное поведение: «Вы постоянно жалуетесь мужу на усталость от ухода за ребенком и требуете от него участия в делах. Как Вы думаете, а как он может воспринимать Ваше поведение после недосыпа и 12 часов работы?»

Если же клиент абсолютно уверен в своей позиции и не понимает зачем ему нужно менять свое поведение, хотя хочет гармонизации отношений с оппонентом, то ему предлагается смоделировать у себя в воображении, что он совершает поступки оппонента и предлагается найти им собственное объяснение из своих внутренних потребностей.

Так, консультант может спросить: “Как вы думаете, если бы вам к месту и не к месту напоминали о Вашем неумении, то как бы вы к этому относились? Какие чувства бы Вы испытывали? Как быотреагировали в поступках?”. Чаще всего такая ролевая подстановка встречает попытку оправдать свои действия и обвинить оппонента, ссылаясь на его особенности: “Ну, а как иначе можно себя с ним вести?”. И это уже предмет дальнейшего обсуждения с клиентом, свидетельство его готовности к принятию более глубокого понимания других, выработки определенного изменения.

Следует сказать, что самое главное на этом этапе, выработка понимания закономерностей своих проблем у самого клиента, а не у консультанта. Клиенту необходимо самому сформулировать причину дезадаптации: ригидные установки, деструктивное наполнение смысла социальных ролей, неадекватные средства, избираемые для реализации этих ролей, приводящие к сложности во взаимоотношениях или что-то еще. Главное, чтобы он сам понимал мотивацию и логику своего дезадаптивного поведения.

При этом закономерно возникает вопрос: «Что делать?», «Как исправить?». Задача консультанта на этом этапе, не предлагая клиенту советов и рекомендаций, помочь сформулировать как можно больше альтернативных и более позитивных вариантов решения проблемы. Помочь клиенту выбрать из них самый подходящий для него. Пример: «Как вам кажется, можно ли было бы вести себя в этой ситуации как-то по-другому?», «Скажите, как бы вы себя вели если бы были в более радостном состоянии?», «Скажите, есть ли у Вас в жизни опыт высказывания претензий более уверенно? Что Вам помогало вести себя так?»

При такой постановке вопроса клиент сам начинает актуализировать свои ресурсы, успешные алгоритмы поведения, переносить в проблемную область успешный опыт в других областях жизнедеятельности и прочее. Это очень увлекательный и мотивирующий клиента процесс. Задача консультанта на этом этапе помогать найти и актуализировать такие ресурсы. Хорошим результатом такого поиска будет выработка клиентом конструктивного алгоритма решения проблемной ситуации. Задачей же психолога будет его экспертная оценка на эффективность.

Исходя из выше изложенного, мы можем сформулировать суть психокоррекционного воздействия как акт речевого поведения, направленный на такое изменение отношение клиента к себе и своему поведению, чтобы оно привело его к большей социальной адаптации и личностному удовлетворению.

### **3.11. Завершение беседы**

В этапе завершения беседы решается сразу несколько задач: 1) закрепление достигнутых клиентом находок и решений (краткое обобщение всего происшедшего за время приема); 2) обсуждение вопросов, касающихся дальнейших отношений клиента с консультантом или другими необходимыми специалистами; 3) прощание консультанта с клиентом.

Остановимся последовательно на каждом из этих пунктов.

1. Стоит помнить, что сама организация консультативной беседы является неким оазисом от реалий сурового мира. Поэтому найденная в процессе консультации замечательная идея или путь изменения взаимоотношений при возвращении в окружающий мир вдруг начинают восприниматься клиентом как необоснованное, непонятное откуда возникшее решение. Поэтому клиенту стоит напомнить: как он пришел



к своему новому пониманию и для каких своих целей в окружающем мире он искал это понимание. Если это сделать, то клиентом должна овладеть внутренняя ясность и решимость реализовывать свое понимание.

Этого можно легко достигнуть, если в конце беседы консультант в 3-4 предложениях подведет ее итог, обобщит, о чем и зачем говорилось во время приема, выстроит основную логику сеанса. Е.Ю. Алешина отмечает, что необходимо, чтобы все, что назвал консультант, действительно обсуждалось во время приема и именно теми словами, которые используются для подведения итога, иначе в конце приема может вдруг возникнуть неожиданный спор с клиентом о терминах [6]. Такой краткий пересказ содержания беседы может звучать, например, следующим образом: “Сегодня мы говорили о том, что ваши конфликты с мужем в основном связаны с тем, что ему кажется, будто вы постоянно капризничаете и требуете особого отношения к себе в связи с уходом за маленьким ребенком. На самом деле же Вы хотите пробудить у него желание разделить с Вами радость совместного ухода за Вашим общим ребенком. Ставя себя на место мужа, Вы почувствовали, что он сильно устает и у него нет сил переключиться на домашние радости. Вы приняли решение сначала расслабить его и только потом радостно и вместе ухаживать за ребенком. Это так? Ну что же, дело за Вами!»

Клиенту также необходимо предложить самому подвести итоги встречи, задать вопросы, высказать пожелания.

2. Вопрос о необходимости нескольких встреч с клиентом для решения его проблем имеет несколько аспектов. С одной стороны, действительно, для глубокой проработки проблем и лежащих за ними причин, зачастую необходимо несколько встреч. В психоанализе над проблемами работают годами. С другой стороны, клиент работает ровно настолько насколько он мотивирован работать. Чаще всего, клиенты обращаются за конкретной помощью и рассчитывают получить ее за время одного сеанса. По нашему мнению, в рамках предлагаемой в пособии модели средовой психологической адаптации, клиент должен получить в процессе консультации реальную пользу и мочь воспользоваться ей для решения своих задач. Другой разговор, что именно от готовности клиента зависит насколько эта помощь будет глубоко проработана. Поэтому консультанту не следует настаивать на последующих встречах. Желательно просто предоставить клиенту информацию о возможности повторного обращения за помощью и обозначить часы

и дни приема, контактные данные для записи, льготы при повторном обращении (за другую плату, вне очереди и т.д.).

Для того чтобы повысить вероятность повторного прихода клиента и успешной работы с ним, консультант должен в конце первой встречи достаточно четко сформулировать, какие именно задачи будут решаться в ходе последующих встреч и сколько конкретно встреч может для этого понадобиться (Gaunt S.T., 1985).

Если клиенту необходимо получить помощь других специалистов (как правило юриста или психиатра), то консультант, как минимум, должен иметь контакты таких специалистов.

3. Прощание с клиентом — это фаза, когда на место профессиональных чувств становятся человеческие. Как и в начале консультации, так и в конце ее следует отдать время эмпатии: клиент должен почувствовать, что он нужен и важен). Поэтому мы опять проявляем повышенную вежливость и такт: обращаемся по имени, провожаем до двери, говорим теплые пожелания. Если клиент недоволен, выражает претензии, то спокойно обсуждаем суть его недовольства и честно принимаем заслуженную критику, напоминаем о совместной работе над проблемой и готовности разделить свою часть ответственности.

### **3.12. Правила поведения в консультировании**

#### **Ограничение речи консультанта в диалоге**

Основное правило ограничения заключено в его цели: помочь клиенту выговорится. Поэтому фразы консультанта, особенно в фазах исповеди, должны краткими и, по возможности, использовать речевые обороты клиента. Поскольку присутствие консультанта углубляет понимание клиентом собственных проблем, то фразы должны быть построены таким образом, чтобы приближать катарсис (инсайт) клиента. Эти фразы строятся по принципу: «Я правильно понял, что (повторяется ключевой смысл высказываний клиента)?».

Когда говорит сам клиент, консультанту нужно стараться, по возможности, не перебивать его, во время пауз использовать поддерживающие восклицания «Да», «Угу», позволяя клиенту собраться с мыслями.

Если рассказ клиента связан с негативными переживаниями, то немногословность и краткость консультанта позволят клиенту «забыть» о социальной желательности проявлений, побыть в своей реальности переживаний.

## **Приближение разговорной речи консультанта к языку клиента**

Есть рабочая максима: С клиентом нужно говорить на его языке. Это означает, что то, что говорит консультант, должно быть приближено к особенностям речи клиента. Для достижения данного эффекта применяется несколько правил:

- без профессиональных терминов;
- максимальное использование тех слов и выражений, которые содержатся в речи клиента;
- словесные конструкции строятся так, как строит их клиент.

## **Краткость и точность высказывания консультанта**

Рабочая максима: Говорим в стиле клиента и только по делу.

### **Рекомендации:**

1. Не надо подробно обосновывать свой вопрос, если клиент эти факты были названы в ходе консультации. Важнее не обосновать вопрос, а запросить личное отношение клиента к фактам. Пример: “И как вы относитесь к тому, что ваша жена столько времени и внимания отдает своему внешнему виду?”.

2. Удобный вид вопросов: вопросы-реплики. Они задаются кратко и сразу по ходу рассказа. Пример: Вопрос, заданный в предыдущем абзаце, может звучать: «И как Вы к этому относитесь?» Вопрос, заданный в подобной форме, должен прозвучать точно в контексте, чтобы это указание имело тот смысл, который в него вкладывает консультант.

3. Для сбора дополнительной информации о клиенте и окружающих его людях используются формулировки типа: «Вы встретились с ней... и что?», «Он этого не знает... но почему?» и т.д. Здесь вопрос состоит из указания на обсуждаемый факт и последующего расширительного вопроса? Могут быть и еще более краткие запросы, если они задаются сразу в контексте повествования клиента: «И что?», «И по какой причине?».

Такие вопросы, заданные на фоне эмоционального рассказа клиента, вообще могут пройти у него незамеченными и сподвигнуть его на большее раскрытие фактов.

## **Анализ эмоциональных переживаний**

Возникает вопрос: На основании чего консультант решает, что является важным в речи клиента, а что нет? Отвечая на него, следует отметить, что не так важно, о чем говорит клиент (его мысли привычны

и не привели его к решению проблемы). Консультанта очень интересует: что клиент переживал и чувствовал в соответствующие моменты времени? Именно эмоции, особенно негативные, указывают на те области психики клиента, где скрываются конфликты, противоречия и подавленные аффекты. Вопросы могут быть очень простыми, типа: «А что вы почувствовали, когда...?», «А как вы на самом деле относитесь к ...?». Запрос чувств клиента — очень важный терапевтический ресурс, поскольку многие люди просто не привыкли отслеживать свои эмоциональные реакции на события и действуют на основе принятых в социуме алгоритмов. Поэтому очень удивляются своему истинному отношению к происходящему и становятся способны формировать свое поведение более адекватно.

### **Альтернативные формулировки**

Если клиенту трудно описать, что он чувствует (поскольку у него вообще может не быть словарного запаса по отношению к чувствам), то консультант предлагает ему 2-3 альтернативные формулировки ответа на выбор. Его цель не найти ответ, а стимуляция ответа клиента, демонстрация ему формулировок для собственного ответа. Пример: «Как Вы опишете свои чувства, когда она внезапно стала обвинять вас? Удивление, возмущение, стыд? Что то другое?». Любимая автором Е.Ю. Алешина приводит детерминацию причин поведения человека, предложенную в своих работах К. Хорни. С ее точки зрения, любой поведенческий паттерн может быть отнесен к одной из трех условных групп: *от людей* — уход от межличностных отношений и контактов; *к людям* — ориентация на взаимодействие и межличностные отношения; *против людей* — стремление к разрушению контактов и межличностных отношений (Horney K., 1937, 1945). Как можно использовать эту схему?

С позиций средовой психической адаптации это можно интерпретировать как: *от людей* — аутистическое отчуждение и уход от проблем в мир воображения; *к людям* — стремление к аффилиативному отождествлению с группой; *против людей* — аксиологически (ценностно) обусловленный протест.

Предлагая альтернативные объяснения, психолог стимулирует человека к размышлениям, к пониманию собственных эмоций.

### **Акцентирование эмоциональных переживаний**

Знаками эмоций в речи являются: глаголы, обозначающие отношение к кому-то; наречия и прилагательные; качество действия. На-

пример: «Я услышал звонок и медленно подошел к двери». Все слова, кроме слова «медленно», просто описывают ситуацию. А вот за словом «медленно» что-то кроется. Что это: боязнь прихода конкретного человека или страх услышать неприятное известие или нежелание отрываться от уединения, мы не знаем. Поэтому мы, используем технику кратких вопросов, акцентируем это слово: «Медленно..., почему?».

Другой пример: «Когда они между собой ругаются, я обычно молчу». Запрос будет: «Молчите ... отчего?».

Ответ клиента на такие акценты эмоционально окрашенных слов не даст нам полной картины, но покажет отношение клиента к ситуации. А ведь за отношением стоит целое мировоззрение, сеть связанных между собой смыслов и установок. Их нам и надо выявить.

Поэтому мы продолжаем уточняющие вопросы уже по отношению к проявленному отношению, забираясь с клиентом в истинную глубину личностных переживаний.

## **Использование парадоксальных вопросов**

В качестве примера возьмем следующий диалог консультанта с клиентом:

*Клиентка:* Но я сама никогда не ругаюсь, не спорю с матерью, она меня до плинтуса нагибает, а я молчу.

*Консультант:* Молчите... а почему?

*Клиентка:* Ну что толку ей что-то возражать? Она же не понимает ничего в моих отношениях с парнем! Ей чем не поделись, все только обвинять будет?

*Консультант:* А почему бы вам действительно не сказать матери, что ей бесполезно рассказывать из-за ее склонности обвинять?

*Клиентка:* Ну, она только обидится и наорет на меня и все равно ничего не поймет.

*Консультант:* Что бы вы хотели, чтобы она поняла?

*Клиентка:* Что она меня достала и за кого угодно замуж убегу, лишь бы она меня не гнобила...

Проанализируем диалог с точки зрения раскрытия глубинного отношения клиентки. Первая реплика консультанта — это краткий вопрос. Вторая реплика является примером парадоксального вопроса, цель которого — поставить под сомнение эффективность ранее выбранного отношения клиента (проверка на конструктивность отношений). Здесь существует проверка гипотез: или клиентка сама выбрала

неконструктивную позицию или она пробовала наладить более доверительные отношения с матерью, но наткнулась на дезадаптивное отношение матери (проверка действием). Третьей репликой консультант запрашивает скрытую информацию в эмоционально окрашенном глаголе отношений (Что не поймет?) и получает новую личностную информацию о намерениях клиентки.

Парадоксальные вопросы нужны для того, чтобы поставить под сомнение неконструктивное убеждение клиента и, также, выявить мотивацию этого неконструктивного убеждения. Формулировка подобного вопроса обычно довольно проста: “А почему бы и не...?” Зачастую парадоксальный вопрос помогает клиенту сформулировать для себя новые способы осмысления проблемных тем.

### **Уточняющие и углубляющие формулировки, интерпретации**

Посмотрим, как дальше развивается приведенный выше диалог. Напомним, что последняя реплика принадлежала клиентке и звучала так:

*Клиентка:* Что она меня достала и за кого угодно замуж убегу, лишь бы она меня не гнобила...

*Консультант:* То есть вы хотите замуж не для счастья, а для того, чтобы избавиться от давления матери?

*Клиентка:* Да, и пусть хоть уругается в одиночестве!

Проанализируем реплику консультанта. В его фразе две составляющих: вторая, «избавиться от давления матери» является уточняющей, вот первая, «хотите замуж не для счастья» уже является интерпретацией.

Уточняющие вопросы («А как вы ощущали свою растерянность?») и переформулирующие вопросы («Вы чувствовали себя растерянной, то есть у вас возникло чувство, что вы не понимаете происходящего?») позволяют постепенно переводить рассказ клиента с уровня более поверхностных к более глубоким переживаниям. Это делается с помощью перевода застывших обозначений (растерянность) чувств в название процесса личностных переживаний (чувствую растерянной, не понимаю происходящего). При этом особенно важно не выходить из логики обсуждаемого и не привносить новых слов, чтобы не вступать в конфронтацию с клиентом. В конечном итоге уточняющие и переформулирующие вопросы позволяют клиенту углубить понимание происходящих с ним процессов, расширить и конкретизировать проблемную область.

А вот использование интерпретации уже является изменяющим, коррекционным воздействием. Привнесение консультантом смысловой конструкции «замуж не для счастья» задает новую тему обсуждения, которую клиентка не заявляла. Но заявка такой темы выводит обсуждение на смысл семейных отношений (с матерью, с мужем) с позиций адаптации клиентки в семейной сфере жизнедеятельности. С позиций средовой психической адаптации это имеет смысл, так как клиентка обсуждает тему семейных конфликтов и консультант страхует ее от возможных конфликтов уже в своей семье, поскольку вероятность их велика. С этой точки зрения консультант задает клиентке ключевой критерий оценки успешности семейных отношений (счастье) и тем осуществляет коррекционное воздействие.

Интерпретация тем и хороша, что позволяет перевести уровень анализа и обсуждения проблем клиента с поверхностного на глубокий уровень. Интерпретация всегда строится консультантом на какой — либо теоретической концепции, которая объясняет поведение людей и их мотивации (психоанализ, гуманистическая психология, когнитивно-поведенческие концепции, экзистенциальный подход и т.д.). Мы в данном пособии для начинающих консультантов предлагаем адаптационный подход, который заключается в вопросе: В чем польза для клиента? Он раскладывается веером на серию уточняющих вопросов: Что есть польза для клиента? Сейчас? В перспективе? По отношению к каким областям жизни? Вступает ли польза в противоречие с другими мотивами? С другими людьми? Способствует ли достижению пользы лучшей адаптации клиента? Физической, социальной, духовной?

Интерпретация — сложная техника. Для того чтобы использовать ее правильно, следует учитывать ряд дополнительных моментов:

- 1) готовность клиента к принятию интерпретации, предлагаемой консультантом. Для этого необходимо, чтобы клиент отразивал все смысловое поле проблемы в постоянном уточнении эмоционально значимых моментов. Когда консультант задает раскрывающие, парадоксальные, уточняющие и переформулирующие вопросы, клиент отвечая, сам для себя осознает свои глубокие мотивации и смыслы. При этом, он отчаянно нуждается в осмыслении всего всплывшего на поверхность осознания. И тут профессиональное осмысление консультанта в виде интерпретации органично вплетается в смысловое поле инсайтов клиента.

- 2) адекватность данного момента беседы для формулирования интерпретации. Остановимся на этих моментах несколько подробнее.

Время интерпретации наступает тогда, когда клиенту в ходе консультации нужна объяснительная модель вскрывшихся фактов. Обычно где-то после второй фазы расспроса и перед фазой корректирующего воздействия. Хотя как уже было сказано, сама интерпретация уже является коррекционным воздействием.

Если интерпретация дана слишком рано, то клиент не будет готов принять ее и отвергнет. Если будет дана слишком поздно, то клиент потеряет интерес к консультации. Поэтому, чтобы исключить подобный эксцесс, консультант время от времени спрашивает клиента: «Как вы сами объясняете эти факты?». И лишь когда клиент затруднится ответить на этот вопрос в связи с вновь открывшимися обстоятельствами, наступает время интерпретации.

Интерпретация не должна быть слишком длинной по форме. Ее следует изложить максимально понятным языком, приближенным к языку клиента, для того чтобы он сразу же, не прилагая специальных усилий, мог “схватить” и понять ее. Чаще это вообще просто ключевое слово в уточняющем или перефразирующем вопросе. Так как в разбираемом нами диалоге. Разъяснения, уточнения, возникающие вслед за уже предложенной интерпретацией, могут способствовать укреплению механизмов защиты, а следовательно, и снижению эффекта интерпретации.

## **Перефразирование**

Идея этого приема очень проста: консультант, используя жалобу или замечания клиента, перефразирует их таким образом, что содержание жалобы оказывается полезным для клиента. Сделать это можно либо примерив жалобу к новой социальной ситуации, где она окажется полезной либо придав смысл самой жалобе.

*Пример:* «Я вечно не могу ни на что решиться, все думаю и думаю. Я трусиха.»

По-моему, Вы осторожная. Это очень полезное качество при размещении финансовых сбережений».

Конечно, перефразирование возможно отнюдь не в каждой ситуации: далеко не все жалобы клиентов можно и нужно перефразировать, особенно в случае травматичных ситуаций: смерть, утрата, болезнь близких, противоправное поведение и т.п. Перефразирование нужно производить крайне серьезно, с учетом состояния клиента, чтобы он не воспринял перефразирование как легкомысленное отношение консультанта к его проблеме.



### 3.13. Психологические защиты личности, мешающие консультированию

Описано много механизмов психологической защиты. Охарактеризуем вкратце основные из них:

1. *Вытеснение при тревожности.* Это процесс непроизвольного устранения в бессознательное неприемлемых мыслей, побуждений или чувств. Вытеснению подвергаются мысли, с которыми связаны, крайне неприятные чувства, такие как чрезмерный страх, стыд, вина и т.д. Вытеснение включает в себя три этапа: 1) первовытеснение (ядро, притягивающие последующие вытеснения) 2) вытеснение в собственном смысле слова (удаление неприемлемых мыслей из сознания) 3) возвращение вытесненного (симптомы, сны, ошибочные действия).

*Пример:* Девушка никак не может наладить длительные отношения с мужчинами, поскольку, как только отношения становятся все более интимными (объятия, поцелуи), она начинает испытывать все более выраженную тревогу и разрывает отношения. Причиной является вытеснение из сознания факта интимных ласк ее собственным дядей, когда ей было 8 лет. Своей семье они никогда ничего не говорила.

Когда действие вытеснения для уменьшения тревожности оказывается недостаточным, подключаются другие защитные механизмы, позволяющие вытесненному травматическому переживанию осознаваться в искаженном виде. Приведем наиболее частые комбинации защитных механизмов:

а) вытеснение + смещение. Эта комбинация способствует возникновению фобических реакций (навязчивых страхов, которые маскируют истинный конфликт).

*Например, навязчивый страх дочери, что мать заболеет тяжелой болезнью. Мать, при этом, вполне самостоятельна. Представляет собой защиту против враждебности к матери, которая желает привязать к себе взрослую дочь и боится, что та ее оставит ради построения собственной семьи.;*

б) вытеснение + конверсия (соматическая символизация). Эта комбинация образует основу истерических реакций.

*Например, язва желудка у дочери, которая обостряется при активизации общения с матерью. Мать, при этом, вполне самостоятельна. Представляет собой защиту против враждебности и гнева к матери.;*

2. *Регрессия.* Посредством этого механизма осуществляется неосознанное нисхождение на более ранний уровень приспособления, позволяющий удовлетворять желания. Регрессия может быть частичной, полной или символической. Большинство эмоциональных проблем имеют регрессивные черты. В норме регрессия проявляется в играх, в реакциях на неприятные события (например, при рождении второго ребенка малыш первенец перестает пользоваться туалетом, начинает просить соску и т.п.), в ситуациях повышенной ответственности, при заболеваниях (больной требует повышенного внимания и опеки). В патологических формах регрессия проявляется при психических болезнях, особенно при шизофрении.

*Например, сильная ангина у дочери, которая обостряется при приезде ее в отпуск к властной матери. Представляет собой защиту от властности матери в регрессе в болезненное состояние при котором мать вынуждена не приказывать, а ухаживать ;*

3. *Проекция.* Это механизм отнесения к другому лицу или объекту мыслей, чувств, мотивов и желаний, которые на сознательном уровне индивид у себя отвергает. Нечеткие формы проекции проявляются в повседневной жизни. Многие из нас совершенно не критичны к своим недостаткам и с легкостью замечают их только у других. Мы склонны винить окружающих в собственных бедах. Проекция бывает и вредоносной, потому что приводит к ошибочной интерпретации реальности. Этот механизм часто срабатывает у незрелых и ранимых личностей. В случаях патологии проекция приводит к галлюцинациям и бреду, когда теряется способность отличать фантазии от реальности.

*Например, обвинение матери дочерью, что мать желает приковать к себе взрослую дочь и боится, что та ее оставит ради построения собственной семьи. На самом деле, дочь боится отношений с мужчинами, поскольку испытала сексуальные домогательства в детском возрасте, а мать не поверила ей;*

4. *Интроекция.* Это символическая интернализация (включение в себя) человека или объекта. Действие механизма противоположно проекции. Интроекция выполняет очень важную роль в раннем развитии личности, поскольку на ее основе усваиваются родительские ценности и идеалы. Механизм актуализируется во время траура, при потере близкого человека. С помощью интроекции устраняются различия между объектами любви и собственной личностью. Порой вместо озлобленности или агрессии по отношению к другим людям уничижительные побуждения превращаются в самокритику, самообесценивание, потому

что произошла интроекция обвиняемого. Такое часто встречается при депрессии.

*Например, апатичная дочь никак не может выйти замуж и оправдывает это необходимостью ухаживать за очень больной матерью, которую она искренне любит. Мать при этом, хоть и побаливает, но вполне самостоятельна. На самом деле у дочери симбиоз с матерью при слабой социальной адаптации.;*

5. *Рационализация.* Это защитный механизм, оправдывающий мысли, чувства, поведение, которые на самом деле неприемлемы. Рационализация — самый распространенный механизм психологической защиты, потому что наше поведение определяется множеством факторов, и когда мы объясняем его наиболее приемлемыми для себя мотивами, то рационализируем. Бессознательный механизм рационализации не следует смешивать с преднамеренными ложью, обманом или притворством. Рационализация помогает сохранять самоуважение, избежать ответственности и вины. В любой рационализации имеется хотя бы минимальное количество правды, однако в ней больше самообмана, поэтому она и опасна.

*Например, дочь, проживая с больной матерью, ограничивает ее свободу передвижения (забирает ключ от входной двери) и ругается на нее из-за неправильного приема лекарств. Объясняет это необходимостью контроля за несамостоятельной больной матерью, хотя на самом деле отыгрывает на матери сценарий своих отношений с ней в раннем детстве, где мать излишне контролировала дочь.*

6. *Интеллектуализация.* Этот защитный механизм предполагает преувеличенное использование интеллектуальных ресурсов в целях устранения эмоциональных переживаний и чувств. Интеллектуализация тесно связана с рационализацией и подменяет переживание чувств размышлениями о них (например, вместо реальной любви — разговоры о любви).

*Например, апатичная дочь никак не может выйти замуж и оправдывает это необходимостью ухаживать за очень больной матерью. При этом спокойно может не прийти домой с вечеринки и не позвонить волнующейся матери.*

7. *Компенсация.* Это бессознательная попытка преодоления реальных и воображаемых недостатков. Компенсаторное поведение универсально, поскольку достижение статуса является важной потребностью почти всех людей. Компенсация может быть социально приемлемой (слепой становится знаменитым музыкантом) и неприемлемой (ком-

пенсация низкого роста — стремлением к власти и агрессивностью; компенсация инвалидности — грубостью и конфликтностью). Еще выделяют прямую компенсацию (стремление к успеху в заведомо проигрышной области) и косвенную компенсацию (стремление утвердить себя в другой сфере).

*Например, апатичная дочь никак не может выйти замуж и оправдывает это необходимостью ухаживать за очень больной матерью, которую она искренне любит. При этом с удовольствием руководит волонтерской группой.*

8. *Реактивное формирование.* Этот защитный механизм подменяет неприемлемые для осознания побуждения гипертрофированными, противоположными тенденциями. Защита носит двуступенчатый характер. Сначала вытесняется неприемлемое желание, а затем усиливается его антитеза. Например, преувеличенная опека может маскировать чувство отвержения, преувеличенное слащавое и вежливое поведение может скрывать враждебность и т.п.

*Например, апатичная дочь никак не может выйти замуж и оправдывает это необходимостью ухаживать за очень больной матерью. Мать при этом, хоть и побаливает, но вполне самостоятельна и с удовольствием принимает на чай подружек. После каждого такого чаепития дочь с преувеличенной заботой подает матери лекарства. У дочери хронический гастрит и повышенные выделения желчи.*

9. *Отрицание.* Это механизм отвержения мыслей, чувств, желаний, потребностей или реальности, которые неприемлемы на сознательном уровне. Поведение таково, словно проблемы не существует. Прimitивный механизм отрицания в большей мере характерен для детей (если спрятать голову под одеялом, то реальность перестанет существовать). Взрослые часто используют отрицание в случаях кризисных ситуаций (неизлечимая болезнь, приближение смерти, потеря близкого человека и т.п.).

*Например, дочь ухаживает за очень больной матерью. Мать слабеет с каждым днем и не хочет есть, но дочь с маниакальным упорством готовит ей обед из трех блюд с полными порциями. Такими, какими они были когда мать была здорова.*

10. *Смещение.* Это механизм направления эмоций от одного объекта к более приемлемой замене. Например, смещение агрессивных чувств от работодателя на членов семьи или Другие объекты. Смещение проявляется при фобических реакциях, когда тревожность от скрытого в бессознательном конфликта переносится на внешний объект.

*Например, язвительность дочери по отношению к младшему брату, который является любимцем матери. Дочь чувствует тревогу от недостатка материнской любви по отношению к ней.*

## **Глава 4. Особенности консультирования различных типов клиентов, находящихся в кризисном состоянии**

### **4.1. Консультирование при реакциях страха**

В психологических теориях до сих пор нет единой классификаций страхов. С позиций консультирования, удобнее делить страхи на конструктивные (активизирующие естественный защитный механизм, помогающий лучше приспособиться к экстремальной ситуации) и патологические (активизирующие неадекватный ответ на определенный стимул), снижающие адаптивность человека и часто приводящие к психопатологиям (Сэдок, Каплан). Страх полезен. Во-первых, страх мобилизует силы человека для активной деятельности, что зачастую бывает необходимо в критической ситуации. Во-вторых, страх помогает лучше запоминать опасные или неприятные события. И наконец, третья функция страха. Когда информации недостаточно, чтобы принять всесторонне продуманное решение, страх диктует стратегию поведения. Как считает П.В.Симонов, эта эмоция развивается при недостатке сведений, необходимых для защиты индивида от угрозы со стороны биологической или социальной среды. Именно в этом случае целесообразно реагировать на расширенный круг сигналов, чья полезность еще не известна. На первый взгляд, такая реакция избыточна и неэкономна, но зато она предотвращает пропуск действительно важного сигнала, игнорирование которого может стоить жизни.

Но в современном мире на жизнь человека накладывается множество социальных и культурных установок, в свете которых генетически запрограммированные инстинкты теряют свое приспособительное значение или даже мешают жить. В этом плане страх, запускающий реакции «борьбы или бегства», которые хорошо проявили себя в период биологической эволюции, оказывается совершенно неадекватным в современной жизни. Поэтому отрицательное значение страха проявляется значительно шире, чем положительное. Он может держать человека в постоянном напряжении, порождать неуверенность в себе и не позволять личности реализоваться в полную силу. Страх сковывает активность человека, в отдельных случаях буквально парализует его, а

хроническое состояние тревоги и страха приводит к различным психосоматическим болезням.

Поскольку страх является эволюционным механизмом, то бороться с неадекватным проявлением страха лучше через организм. Мы имеем в виду контроль дыхания. При страхе характерно поверхностное, грудное и учащенное дыхание. Поэтому, какую бы ситуацию не описывал клиент, самое главное научить его контролировать дыхание. Обычно рекомендуется делать выдох в два раза медленнее, чем вдох. Во время сильного страха, переходящего в панические атаки, рекомендуется методика «дыхания по квадрату». Ничего сложного в ней нет: Вдох на 4 счёта. Затем задержка дыхания на 4 счёта. Затем выдох на 4 счёта. Затем задержка дыхания тоже на 4 счёта.

На этом основаны все методы контроля страха, будь то визуализация, поведенческое отыгрывание, психодрама, арт-терапия или иные подходы.

Все эмоции, которые вызваны страхом, условно можно разделить по степени интенсивности и длительности переживания.

**Испуг.** Аффективная рефлекторная реакция на неожиданный стимул извне. Испуг не может длиться долго. Организм реагирует «поисковым поведением», т.е. за секунды оценивает произошедшее. Дальше человек может успокоиться, рассмеяться, либо почувствовать страх.

**Ужас.** Более сильное и более длительное, чем испуг, переживание состояния страха. Интенсивность состояния ужаса может полностью лишит человека активности. «Леденящий кровь ужас» действительно замораживает все реакции организма, приводит к оцепенению.

**Паника.** Неконтролируемое бурное эмоциональное состояние, которое может возникнуть, как реакция человека или нескольких людей, на страшное или ужасное событие.

**Тревога.** Длительные и/ли частые состояния необъяснимого волнения, страха. Реальный страх предполагает угрозу, исходящую извне, а тревога является опасением,

**Фобия.** Длительное, интенсивное переживания страха, ужаса, паники по отношению к совершенно определённым стимулам извне. Фобии предметны, т.е. привязаны к определённому событию, предмету во внешнем мире.

Прежде всего напрашивается утверждение, что не нужно помогать клиентам полностью избавляться от страха, нужно помогать им учиться контролировать страх. Также не следует скрывать информацию, которая на первый взгляд кажется пугающей, поскольку информация,

представленная должным образом, только подготавливает к тяжким событиям. Но обретение контроля над самими проявлениями страха не дает разрешения ситуации, а лишь позволяет исследовать его причины и вырабатывать эффективные стратегии поведения.

#### **4.2. Консультирование тревожных клиентов**

Тревога, как кратковременное состояние, очень полезна. Тревога является подсознательным механизмом предупреждения об опасности и/или угрозе, которая не замечается человеком. Также тревога предупреждает о подсознательных побуждениях, которые неприемлемы для установок клиента и угрожают их целостности, что, в свою очередь, активизирует психологические защиты.

Проблема заключается в том, что тревожность, в отличие от тревоги, имеет длительный (продолгованный) характер и имеет основной неразрешенные внутриличностные конфликты.

Тревожность часто маскируется психосоматическими проявлениями: тахикардия, повышение давления (гипертония); нарушения работы желудочно-кишечного тракта (гастриты, холециститы, воспаления слизистой кишечника и т.д.); кожные проявления (нейродермит, псориаз и т.д.); дисфункции мочеполовой системы (фригидность, импотенция, нарушения менструального цикла); статические реакции опорно-двигательного аппарата (головные боли, снимаемые спазмолитическими препаратами).

С позиций средовой психической адаптации, тревожность особенно возрастает, когда человек чувствует неопределенную, но постоянную угрозу своему социальному положению, экономическому благополучию, семейным взаимоотношениям. Сама тревожность способствует дезадаптации человека во внешней среде, но источник ее — внутренние конфликты личности.

Субъективно, тревожность ощущается человеком как мучительное, неизбежное состояние, которое не дает расслабиться, ослабляет позитивные эмоции, заставляет прислушиваться к ощущениям в организме. Попытки преодолеть тревожность волевым настроем приводят только к временному подъему, а потом к истощению и апатии. Помощь близких тоже не способна убрать тревожное состояние и даже не ослабляет, а только затушевывает его.

В консультировании тревожность можно заметить по многим проявлениям:

— клиенты склонны маркировать свою тревожность различными описаниями отклонения от нормального состояния: «я раздражен; я в напряжении; у меня слабость; я боюсь; мне грустно; я постоянно просыпаюсь по ночам; я не чувствую себя самим собой»;

— соматические симптомы, которые усиливаются при взаимодействии с источником тревоги. Например, усиление (возникновение) головной боли при появлении жены или ее определенного поведения. Соматические симптомы могут быть и замещающим сублимированным проявлением тревожности, в случае если тревожность канализируется через тело;

— тревожность может проявляться через навязчивые регулярные действия, которые проявляются при ее усилении: склонность стучать пальцами, крутить пуговицы, почесывание головы, заедание стресса и переедание, курение, пьянство, шопинг и т.д.

— тревожность может проявляться через эмоциональное отреагирование. При усилении чувства тревоги идет замещающая эмоция: раздражительность, саркастичность, враждебность, язвительность, агрессивность. Если существует внутриличностный конфликт содержит в себе бессилие и агрессивность, то тревога может проявляться скованностью и холодностью эмоциональных проявлений, поскольку активность парализована;

— еще одна форма — многоречивость клиента, которая выступает формой самозащиты. Ее функция сбить консультанта с обсуждения действительных проблем клиента;

— демонстративное выпячивание своей тревожности перед консультантом, это еще одна форма защиты, причем враждебная по сути. Демонстративный рассказ о своих заботах и требование инструкций от консультанта являются ее характерным признаком, поскольку клиент не хочет разбираться в причинах своей тревожности и хочет советов, чтобы возложить потом ответственность на консультанта;

— контроль чувств и проявлений в консультировании также свидетельствует о тревожности. По сути клиент сопротивляется осознанию внутренних конфликтов, усиливающих его тревожность, и старается «ускользнуть»: сменить тему беседы, выдавать «правильные» эмоции, подвергает цензуре свои слова и т.д.;

— тревожность, в форме скрытой враждебности в консультировании, проявляется в виде обезличенного критиканства психологов и психотерапевтов, самого процесса консультирования и подобных высказываний. Могут быть, наоборот, попытки перейти с консультантом



на более дружеские отношения (или интимно-личностные, если это клиентка). Все это служит целью низвести консультанта на свой уровень, чтобы его можно было не воспринимать всерьез и тем отрицать уровень серьезности внутренних конфликтов.

### **Консультирование**

Психотерапевтическая работа с тревожностью дело не одной встречи и для специалиста с психотерапевтической подготовкой. Однако далеко не все консультанты имеют такую квалификацию. Да и тревожные клиенты могут встретиться любому, кто работает с людьми и им все равно можно и нужно помогать. Поэтому не следует ставить целью разрешение внутриличностных конфликтов. С позиций средовой психической адаптации имеет смысл сделать действия клиента более конструктивными, способствующими его успешности и уверенности. Разберем механизмы консультации, которые способствуют этому.

Во-первых, консультанту следует настроиться на безусловную доброжелательность к клиенту. Образно говоря, тревожность клиента должна просто раствориться в море доброжелательности и принятия от консультанта. В этом случае тревожность, как психологическая защита, ослабевает.

Во-вторых, консультанту необходимо дать клиенту выговориться, поскольку беспокойный клиент мало, что слышит. Во время «исповеди» клиента консультанту следует поощрять, углублять эмоциональные высказывания и всячески способствовать проговариванию клиентом своих чувств. Это даст более явную картину истинных страхов клиента и снижение тревожности. Пусть и не будет вскрыта психотравма, но проявятся негативные эмоции и те не конструктивные выводы и поступки, которые эта психотравма порождает, и которые дезорганизуют адаптацию клиента.

В третьих, необходимо наладить диалог с клиентом по поводу его поведения «здесь и сейчас», на консультации. Это дает клиенту возможность безопасной рефлексии своих побуждений и поступков. Если клиент прерывает консультанта, не дав ему договорить, то следует сразу обратить на это внимание и запросить мотив такого поведения. Часто это страх услышать, что-то травмирующее. Если клиент меняет тему беседы, то консультант уточняет: «Зачем Вы изменили тему беседы?», «Какое чувство или мотив побудило Вас к этому?», «Служит ли такое поведение большей адаптации в Вашем общении с другими людьми?».

В четвертых, стоит проанализировать социальную ситуацию на сегодняшний момент в трех областях жизнедеятельности клиента (семья, друзья, работа) на наличие в них признаков депривации, изоляции в семейной лакуне, запущенности\*. Выявление этих признаков позволит увидеть тип дезадаптивного влияния среды и разработать с клиентом меры эффективного поведения.

В пятых, следует уточняющими вопросами (как?, когда?, где?, по какой причине, зачем? и т.д. ) побуждать клиента к рефлексии собственных поступков и мотивов, за ними стоящих. Компенсируя его возрастающую при этом тревожность еще большим принятием и доброжелательностью.

### **4.3. Консультирование при реакциях фобий**

Сегодня большинство гипотез, касающихся механизмов возникновения фобий, можно свести к двум основным группам, одна из которых восходит к психоаналитической концепции Фрейда, а другая — к условнорефлекторной теории Павлова. С точки зрения отечественных исследователей подавляющее большинство фобий формируется по механизму патологического закрепления условнорефлекторной связи. При этом навязчивые страхи возникают в результате наложения во времени индифферентных условных или безусловных раздражителей, вызывавших чувство страха. Например, страх, спровоцированный сердечно-сосудистыми нарушениями (сердцебиением, болью в области сердца, одышкой, холодным потом и др.), который возникает во время пребывания на площади, стадионе или другом открытом пространстве, в дальнейшем по механизму условного рефлекса может привести к агорафобии.

Согласно классической рефлекторной теории, условный стимул постепенно теряет способность вызывать реакцию, если не подкрепляется повторением безусловного стимула. Фобический синдром может длиться годами без явного внешнего подкрепления, что, однако, не противоречит условнорефлекторной теории. Дело в том, что скорость угасания условного рефлекса (как и быстрота его формирования) зависит от эмоционального фона, сопровождающего формирование временной связи. Так, условные рефлексы при болевом подкреплении угасают значительно медленнее, чем при пищевом. Поскольку в основе

---

\* Алмазов Б.Н. Психология социального отчуждения. — Екатеринбург: Издательский дом «Уральская государственная юридическая академия», 2007.

фобического синдрома, как правило, лежат базисные биологические инстинкты или социальные установки, обеспечивающие физическое или психологическое благополучие, угроза их реализации вызывает сильный страх, делающий такую временную связь весьма прочной.

Клиницисты, занимающиеся навязчивыми страхами, заметили, что со временем подобные связи генерализуются. Сначала страх возникает при непосредственном столкновении с психотравмирующей ситуацией, например при поездке в метро, где ранее у больного случился сердечный приступ, сопровождавшийся чувством сильного страха. На второй стадии страх появляется уже при ожидании встречи с психотравмирующей ситуацией. Впоследствии это чувство может возникать при одном только представлении о психотравмирующей ситуации. Нередко эти навязчивые представления доводят больных до состояния крайней аффективной напряженности с сильными вегетативными реакциями.

Известный психиатр А. Карвасарский (1982) делил страхи на группы исходя из того, чего боится человек, — это так называемая классификация по фабуле страха. Этот исследователь различал 8 основных фабул страха. К первой он относил боязнь пространства, проявляющуюся в различных формах. Сюда относятся: 1) клаустрофобия — боязнь замкнутого пространства, 2) агорафобия — боязнь открытого пространства, 3) страх глубины и 4) страх высоты.

Ко второй группе фобий относятся так называемые социофобии, связанные с общественной жизнью. Они включают в себя эреитофобию (страх покраснеть в присутствии людей), страх публичных выступлений, страх из-за невозможности совершить какое-либо действие в присутствии посторонних.

К третьей группе, по классификации Карвасарского, относятся нозофобии — страхи заболеть каким-либо заболеванием. Люди давно понимали, что страх болезни только усиливает ее и снижает шансы на выздоровление.

К четвертой группе относится танатофобия — страх смерти, к пятой — различные сексуальные страхи, к шестой — страхи нанести вред себе или близким. В седьмую группу входят «контрастные» страхи (громко произнести слово, совершить что-то непристойное). И восьмая группа страхов — фобофобии, страх бояться чего-либо.

Основу патологических страхов составляет глубоко скрытая тревожность. Сущность механизма формирования фобий заключается в смещении тревожности от первичной ситуации или объекта, вызывав-

ших беспокойство, на другую ситуацию или объект, которые вызывают замещающий страх. Испытывать страх тоже неприятно, однако субъективно более приемлем, чем тревожность, поскольку страх поддается контролю. Источником фобий являются неразрешенные внутренние конфликты.

При консультировании люди с фобиями избегают тем, касающихся из тревожности, насторожены к консультанту, «забывают» существенные для понимания факты своей истории, занимаются самолечением. Варианты сопротивления обширны.

Поэтому с точки зрения психологической средовой адаптации в краткосрочном консультировании лучше не погружаться с клиентом в рефлексии его страхов и внутренних противоречий, а перейти на прагматичный анализ эффективности его поведения с точки зрения его же адаптации. Выражаясь по-другому, прорабатывать поведенческие механизмы, мотивы и установки, которые помогут клиенту более успешно развиваться в основных сферах жизнедеятельности. Тем самым убирая выраженность тревожности и ослабляя фобию. С более глубоким анализом лучше отправить к психотерапевту.

#### **4.4. Консультирование при изнасиловании**

Дж. Хиндман описала восемь факторов психической травмы, связанных с сексуальным насилием (Ениколопов, 1995):

1. Сексуальная реакция жертвы (т.е. получение в том числе и удовольствия). Это становится ужасным источником самообвинения, чувства вины, осуждения, отвержения обществом.

2. Ужас. Любые пережитые формы активности, которые вызывали ужас, не забываются, они возвращаются и могут внезапно всплыть через много лет.

3. Искорженная идентификация преступника. Восприятие идентичности преступника искажено, жертва не может воспринимать его как преступника, если невиновный в насилии значимый человек или общество рассматривают насильника в позитивном свете.

4. Искорженная идентификация жертвы. Она не может воспринимать себя невинной, у таких людей часто низкая самооценка, они одиноки, замкнуты.

5. Фобии или когнитивные нарушения и отсутствие навыков совладающего поведения. Начинают действовать такие механизмы психологической защиты, как вытеснение, отрицание; часто возникает

диссоциация и амнезия; появляется саморазрушительное поведение, потребность в наказании, использование алкоголя и наркотиков.

6. Катастрофа раскрытия. Ситуация раскрытия ставит под сомнение прежние представления о себе, подкрепляет чувство стыда. Возникает страх, что сексуальное злоупотребление, если оно станет явным, может получить продолжение.

7. Травматическая связь. Необратимая, глубокая потребность жертвы вступить в связь с насильником с целью получения любви, внимания, уважения. Жертва неспособна отстаивать свои собственные нужды. Насильник должен быть удален от жертвы (если это родственник).

Поддержка, которую жертва получает от своих родителей, мужа или партнера, от друзей, играет очень важную роль в успешном преодолении травматической ситуации. Однако значимые окружающие также переживают очень тяжелое время. В некоторых случаях родители отвергают женщину или обвиняют ее за то, что она не оказала сопротивления нападавшему (Renner, 1988).

Cohen и Roth (1987) обнаружили, что индивидуальные различия в тяжести симптоматики связаны с возрастом жертвы, социоэкономическим статусом и качеством жизни до сексуального нападения (в детстве или во взрослом возрасте).

Реакция зависит и от того, сообщила ли жертва о насилии в правоохранительные органы или рассказала кому-либо об этом сразу после нападения. Еще одним фактором, определяющим тяжесть симптоматики, является использование насильником силы, устных и физических угроз или оружия.

Выделяют следующие стадии терапии в работе с последствиями насилия (Кораблина и др., 2001):

1. Решение вылечиться. Либо симптомы настолько сильны, что невозможно дальше терпеть, либо человек сознательно решает, что нужно что-то менять, и обращается за помощью. Задача психолога на этой стадии — создание безопасного пространства, оценка состояния здоровья клиента: психологического и соматического. На это может уйти несколько недель или месяцев.

2. Стадия кризиса. Человек встречается с сильными чувствами, с болью. Эта стадия очень трудна для клиента, здесь важно, чтобы он мог позаботиться о себе. От психолога потребуется очень мощная поддержка. Можно сделать встречи более частыми. Полезно выяснить по-

тенциальный риск самоубийства, проговорить эту тему. Важно, чтобы клиент осознал, что эта стадия не будет продолжаться вечно. «Истина освободит вас, но сначала сделает совершенно несчастным».

3. Вспоминание. Если создано доверие к психологу, последует рассказ о том, что произошло. Очень важно, чтобы клиент вспомнил столько, сколько он может выдержать.

4. Вера. Эта стадия важна, если человек сомневается в точности воспоминания: Для клиента очень важно поверить себе и своим воспоминаниям. «Если предположить, что вы это придумали, то зачем? Зачем вам тратить на это время, деньги?»

5. Преодоление молчания. Рассказ подробностей произошедшего. Это, как правило, сопровождается чувствами стыда и страхом напугать слушающего, также возможен страх перед повторением насилия. Можно сказать клиенту: «Чем больше вы рассказываете о пережитом, тем меньше энергии там остается, становится легче». Если человек решился рассказать об этом психологу, то потом он может решиться рассказать об этом еще кому-нибудь: другу или подруге. Тогда исчезает внутренняя изоляция.

6. Снятие с себя вины за случившееся. Человек может винить себя в том, что не смог себя защитить, или в том, что в момент насилия получал удовольствие. Нельзя разубеждать жертву, что она совсем не виновата — она этому не поверит. Не надо пытаться разрушить веру клиента в свою вину. Важно помочь клиенту снять с себя ответственность за случившееся.

7. Поддержка «внутреннего ребенка». Внутри каждого взрослого человека есть ребенок радующийся и ребенок страдающий. Многие люди, пережившие насилие в детстве, не умеют радоваться жизни. На этой стадии необходимо установить контакт с «раненым ребенком внутри себя», используя рисунки, движения (в группе) и т.п.

8. Возвращение доверия к себе. Повышение самооценки. Здесь происходит определение личных границ клиента, которые были нарушены насилием, а теперь вновь могут вернуться под контроль клиента.

9. Оплакивание потери. То есть прощание с тем, что было утрачено в момент насилия.

10. Гнев. На стадии оплакивания обычно наружу выходит и злость, долгое время сдерживаемая внутри.

11. Раскрытие и конфронтация. Насильник — это человек, живущий поблизости. Важно выразить ему свой гнев. Можно написать письмо, можно разыграть это в психодраме.

12. Прощение. Имеется в виду прощение себя. Прощать насильника не нужно, т. к. это может быть еще одной жертвой, которую принесет ему пострадавшая. Смысл прощения в том, чтобы отпустить насильника от себя.

13. Обретение духовности. Возвращение представления о том, что мир добр и хорош. Исчезает ощущение отделенности от мира, неспособности чувствовать красоту. Возвращается связь между Я и телом. Возрождается доверие к людям.

14. Разрешение травмы и движение дальше. Это момент, когда люди чувствуют, что им удалось включиться в жизнь. Постепенно надо говорить о том, что терапия заканчивается. Наступает время проститься с клиентом.

#### **4.5. Консультирование при переживании вины (в том числе при аборте)**

Вина возникает при нарушении клиентом значимых для него норм нравственности и/или при осознании невыполненного долга. Основой и причиной возникновения чувства вины является отказ человека от ответственности за свои поступки.

Обычно различают истинную, невротическую и экзистенциальную вину. Истинная вина возникает в результате совершенных проступков. В этом случае возможна и необходима заслуженная расплата.

Невротическая вина возникает из-за вообразяемых проступков или нарушения запретов (см. К. Horney, 1937). Для невротического чувства вины характерен истероидный компонент: он проявляется преувеличенностью, неискренностью и демонстративностью. Именно из-за истероидности стоит учитывать возможность возникновения у невротиков суицидальных тенденций шантажного типа.

Клиенту чувство невротической вины помогает оправдаться перед собой и другими. Клиент не старается избавиться от этого чувства, старается намеренно принизить себя, враждебно воспринимает критику, требует восхищения своим «героическим» преодолением скорбей, очень болезненно реагирует на критику. Более того, тенденция к самообвинению помогает невротика, с одной стороны, считать себя моральным и добросовестным, а, с другой, спасает от необходимости меняться и брать на себя ответственность за себя. Именно из-за нежелания отвечать за себя клиенты с невротической виной склонны

паразитировать на окружающих или с помощью доминирования или посредством привязанности, любви и покорности.

Консультирование невротической вины — это консультирование страх и/или тревожности (см. выше). Основным страхом является страх осуждения, страх открыть другим на показ свои слабости, незащищенность, беспокойство, неспособность бороться за себя. Сам, презируя эти свойства, невротик боится, что другие люди их обнаружат.

Поэтому консультирование вины при аборте или постабортном синдроме — это, на самом деле, консультирование клиента по поводу его страха ответственности за свою жизнь, страха реализовывать свои цели ( в том числе и желание стать матерью).

Но, переживание вины может быть и экзистенциальным. В этом смысле вина представляет собой позитивную силу в жизни человека. Переживая экзистенциальную вину, мы освобождаемся от пагубного влияния невротической вины.

Р. Май (1983) выделил три источника экзистенциальной вины:

1. Вина вследствие недостаточной самореализации.
2. Вина вследствие ограниченности связей с близкими людьми.
3. Вина вследствие утраты связи с Богом.

С позиций средней психической адаптации, экзистенциальная вина возникает, когда в силу недостаточных стратегий и навыков адаптации в сферах жизнедеятельности, человек не может полноценно осуществить процесс самореализации и воплощения в социуме своего представления о духовной жизни. Экзистенциальной вины нельзя избежать, поэтому важно ее осознать. Она помогает воспитывать человечность и чуткость в отношениях с другими, побуждает творчески реализовывать свои возможности.

Консультанту важно помочь человеку сменить невротическое переживание своей вины и греховности, на экзистенциальное. То есть помочь человеку осознать свою греховность и несовершенство не как осуждение, а как свободу и ответственность изменять себя и свою жизнь в позитивном направлении. А для этого понадобится проработка навыков эффективности адаптации и реализации в социальной среде.

#### **4.6. Консультирование клиентов с депрессией**

Прежде всего необходимо понять, что мы можем столкнуться с различными видами депрессии — с проявлением психотического заболевания, с невротической депрессией или просто с нормальной реак-



цией на горестные события. Депрессия может скрываться и за симптомами переутомления, истощения. Определить это неподготовленному консультанту практически невозможно.

Поэтому задача консультанта в работе с депрессивными клиентами работать с ними как с личностью, не углубляясь в психиатрические глубины. Техника безопасности требует предложить клиенту проконсультроваться у психиатра, объяснив, что депрессия может вызываться чисто биологическими причинами (например, гормональными) и никакой вины клиента в возникновении депрессии может и не быть. Если клиент соглашается, то обычно используется медикаментозное лечение антидепрессантами. Назначение лекарств и дозировка — это дело врачей, однако консультант должен знать, употребляет ли его клиент лекарства и какова сила их воздействия. Ни в коем случае не следует давать советы клиенту по выбору лекарств или доз, однако возникающие вопросы обязательно нужно обсудить с назначившим лекарство врачом.

Но если клиент высказывает все же потребность в психологическом консультировании, то задача консультанта двояка: поддержать клиента и помочь ему в психологическом объяснении трудностей. Поскольку депрессивный клиент крайне апатичен и не желает анализировать проблемы, то консультант должен не выжидать (это еще больше фрустрирует депрессивного клиента и углубляет депрессию), а активно разговаривать с клиентом о его переживаниях и внешних обстоятельствах. Более того, консультант мобилизует агрессивные побуждения клиента, поскольку позитивной энергии у клиента мало, а агрессивная энергия все же лучше, чем апатичное бессилие. Да и о своей агрессии, вследствие обид, депрессивный клиент будет говорить охотнее.

В консультировании мы, как правило, обычно сталкиваемся с так называемой «реактивной депрессией», которая обычно возникает как реакция на события, травмирующие жизнь (соматическое заболевание, конфликты, интимные проблемы, различные утраты, в том числе смерть близкого человека и т.д.). Поэтому с позиций средовой психической адаптации консультант может помочь клиенту восстановить контроль над сферами жизнедеятельности клиента, актуализировать в них новые мотивы и выработать эффективные стратегии поведения. Если депрессия проистекает из-за утраты, то задачей консультанта является помощь в прохождении «работы горя» (см. консультирование при утрате).

Проговорим особенности личности при депрессии.

— Изменение настроения, потеря вкуса к жизни, самоукорение за неудавшуюся жизнь, чувство вины;

— Самоуничтожение, ощущение себя неудачником, трагическое преувеличение негативных переживаний;

— Уверенность в правильности депрессивной оценки окружающего; нивелирование и забывание позитивных состояний;

— Фиксированность на себе и своем здоровье, ипохондричность (жалобы на бессонницу, раннее пробуждение, потерю аппетита, общую усталость);

— Искажение восприятия прошлого— помнится только плохое;

— Неудачи в межличностных отношениях при большой потребности в них, неумение позитивно и конструктивно общаться. Зависимость самооценки от мнения других людей;

— Желание перекладывать ответственность за свою жизнь на консультанта;

— Тоскливая озлобленность на окружающих по малейшим поводам, обидчивость;

Перечисление всех этих особенностей депрессивного состояния показывает, что задача не из легких. Однако, спокойная и уверенная работа над пробуждением чувств и отработка успешной реализации этих чувств в поведении клиента приводят к изменению депрессивного фона, его снижению и последующей коррекции установок мировоззрения, породивших депрессивную интенцию.

#### **4.7. Особенности консультирования при суицидных намерениях**

Консультирование депрессивного клиента всегда сопровождается опасностью, что его склонность к саморазрушению перейдет в острую фазу и проявится самоубийством. Ему, согласно Kennedy (1977), особенно подвержены несколько категорий: одинокие мужчины (разведенные и не имеющие близких друзей) старше 40 лет; лица, живущие одни; алкоголики; люди, перенесшие большую утрату; люди преклонного возраста, имеющие соматические заболевания. Отдельно следует отметить женщин после утраты ими ребенка (родившегося или пребывавшего в утробе).

Прежде всего стоит сказать об внутренних установках консультанта, если он встречает человека с суицидальными намерениями: он не ответственен ни за эти намерения, ни за сам факт попытки или ре-

ализации самоубийства клиентом. Консультант может лишь помочь (или не помочь) человеку на каком-то участке траектории его жизни. Но это не значит, что помогать не надо. Клиент, думающий о самоубийстве, всегда подает знаки об этом, как правило, очень завуалированные и косвенные, и хочет быть услышанным.

Возможно это будет консультирование по поводу суицидальных мыслей, попытки самоубийства (парасуицида) или после неудачной реализации самоубийства. Главное понимать: что может сделать консультант в этом случае.

Pretzel (1972) отмечает два условия, способствующие попыткам самоубийства. Первое — увеличение стресса до трудно переносимого индивидом уровня. Второе — неспособность преодолеть стресс ни в одиночку, ни с помощью других. Поэтому задача консультанта может состоять в обучении клиента эффективно справляться со стрессом.

Coleman (1972) отмечает три фактора, сильно повышающие риск при предрасположенности к самоубийству: межличностные кризисы, падение уровня самооценки, утрата смысла жизни и перспективы. С позиций консультативной работы речь здесь идет о экзистенциальном консультировании, корректировке мировоззрения. В рамках логотерапевтического подхода, по мысли V. Frankla, имеет смысл спрашивать у клиента о смысле жизни для него, оценивать величину его жизненного потенциала и помогать его усилению. Это и является основным посылом работы с суицидентом: чем больше у него позитивных связей с жизнью (работой, семьей, социумом), тем менее вероятен уход из нее.

Характерными чертами людей с суицидальными тенденциями являются: амбивалентность, истероидность, скрываемая враждебность к обидчикам. Сочетание этих качеств образует в психике трудно контролируемый самим клиентом деструктивный заряд.

Работа консультанта может быть очень эффективной, если в ходе консультации удастся эмоционально отреагировать подавляемые клиентом обиды и скорректировать установки, порождающие их. Также стоит отработать истероидную составляющую личности клиента (см. консультирование истероидных клиентов).

Р. Кочюнас приводит в своей книге, правила консультирования лиц, намеревающихся совершить самоубийство [24]:

1. С такими клиентами нужно чаще встречаться.
2. Консультант должен обращать внимание суицидного клиента на позитивные аспекты в его жизни. Например: «Вы упоминали, что

прежде многим интересовались. Расскажите о своих пристрастиях» или «Всегда есть ради чего жить. Что Вы думаете об этом?». Такие вопросы помогают клиенту изыскать ресурсы для преодоления трудного этапа жизни.

3. Узнав о намерении клиента совершить самоубийство, не следует паниковать, пытаться отвлечь его каким-то занятием и прибегать к морализированию (“От этого ничего не изменится”, “Знаете ли Вы, что все религии считают самоубийство величайшим грехом?”). Такая тактика лишь убедит клиента, что его никто не понимает и консультант — тоже.

4. По возможности, специалист должен привлечь к работе с клиентом между консультативными встречами значимых для него людей (близких, друзей).

5. Клиент должен иметь возможность в любое время позвонить консультанту, чтобы тот мог контролировать его эмоциональное состояние. Осуществить это можно в рамках работы на кризисной телефонной линии.

6. При высокой вероятности самоубийства следует принять меры предосторожности — по возможности проинформировать близких клиента, обсудить с клиентом вопрос о госпитализации. Хотя клиент и будет этому противиться, но сам вопрос поставить необходимо и необходимо приложить все усилия для сохранения жизни.

7. Консультант не должен позволять клиенту манипулировать собой посредством угрозы самоубийства.

8. Консультант обязан не забывать, что он не Бог и, невзирая на самые лучшие побуждения, не всегда способен воспрепятствовать самоубийству. Наибольшую ответственность за собственные действия несет сам клиент. Консультант не может полностью и единолично отвечать за клиента. Он лишь профессионально ответственен за пресечение реализации суицидных намерений. Однако неопровержима аксиома — если клиент действительно хочет покончить с жизнью, никто не способен остановить его. Как отмечает Kennedy (1977), «мы говорим “да” жизни клиента, но должны быть готовы к тому, что некоторые клиенты все-таки скажут своей жизни “нет”».

9. Консультант обязан подробно, в письменной форме, документировать свои действия, чтобы в случае несчастья он смог доказать себе и другим, что действовал профессионально и принял все меры для избежания катастрофы.

#### 4.8. Консультирование при переживании утраты

Консультирование людей, перенесших утрату, это очень большая психическая нагрузка для консультанта, поэтому при ее осуществлении необходимо тщательно соблюдать технику безопасности. Еще большую напряженность несет в себе консультирование женщин, перенесших потерю ребенка во время беременности.

Прежде всего необходимо понимать природу утраты, ее связь с другими эмоциями, ее роль в реализации человеческой экзистенции.

Для беременной женщины потеря ребёнка (особенно первого) означает сразу несколько психических утрат:

- утрата телесная (ощущение физической потери, рана внутренней телесности);
- утрата психофизического единства с ребенком;
- утрата социальных надежд и ожиданий, связанных с ребенком;
- личностная потеря идентификации себя как матери.

Эти потери практически автоматически означают возникновение депрессии, подобной постабортному синдрому.

Если рассматривать утрату с позиций средовой психической адаптации, то дезадаптация наступает в семейной сфере ( потеря эмпатийных связей с несостоявшимся ребенком, горевание с близкими) и в сфере личности (экзистенциальное переживание страха смерти).

Следует учитывать, что смерть для человека, переживающего утрату близкого, — это активизация собственного глубинного страха перед собственной смертью. Справится с этим экзистенциальным ужасом более легко верующему человеку, придерживающемуся в воззрении на смерть богословской традиции своей религии. Все традиционные религии исповедуют жизнь после смерти и имеют развернутую обрядовую структуру по отношению к самим умершим и утешению скорбящих. Для человека же неверующего переживание смертного ужаса заставляет его понять свое одиночество и конечность.

Еще одним фактором который следует учитывать в консультировании утраты — это тот факт, что с каждым умершим близким горюющего связывали глубинные отношения. Если точнее, умерший олицетворял и/или удовлетворял реализацию каких то важных потребностей человека. Уход усопшего из отношений в смерть разрывает эти отношения и оставшийся чувствует психологическую травму утраты объекта удовлетворения потребностей.

Исходя из вышеизложенного, примирение с утратой — естественный болезненный процесс, в котором от утраченного человека «откалываются» с трудом и проживая определенные этапы. Принято считать, что нормальная проходимость скорби по этапам может продолжаться до года.

### **Этапы процесса скорби: (Kubler-Ross, 1969)**

#### **1. Стадии шока, отрицания и злости**

После смерти близкого человека возникает шоковая реакция, которая сменяется стадией отрицания. Проявляться она может по-разному: исчезновением чувств (оглушенность), отрицанием факта смерти («не верю»), скрытой или открыто проявляемой озлобленностью («Он виноват, он нас бросил»), разговор о умершем в настоящем времени («сейчас она придет и...»). Консультанту необходимо побудить клиента выйти из оглушенного состояния (методы кризисной переработки информации). Следует побудить клиента выразить злость, гнев (методы эмоционального реагирования), которая там обязательно есть. Объект злости в данном случае не важен, а важно само излияние гнева, поскольку если он не будет выражен, то он будет подпитывать депрессивное состояние человека.

#### **2. Стадия осознания утраты, «работа скорби»**

Современное понимание «работы скорби» определяет ее как когнитивный процесс, который включает в себя постепенное изменение фона и направленности мыслей об умершем, снижение горечи утраты, благополучное завершение навязчивых попыток отстраниться от переживаний по поводу утраченного лица, поиск своего места в новых обстоятельствах (Stroebe, 1992).

Поскольку процесс переживания утраты ребенка или другого близкого человека является острым, то консультант может на первой стадии горевания применить методы когнитивной переработки информации (техника десенсибилизации, техники отреагирования горя практикуемые у психологов МЧС (смотри сайт МЧС), может применить техники арт-терапии используемые при ПТСР). Этот процесс горевания не является какой-то неадекватной реакцией, от которой надо уберечь человека. Более того, при испытывании клиентом очень тяжелой психической нагрузки, заставляющая его страдать, необходимо пользоваться любой возможностью, чтобы клиент высказывал горе, эмоции, плакал. Хотя вмешательство консультанта в процесс не всегда уместно и не следует навязывать свое присутствие, но можно сопрово-

ждать клиента и помогать ему отреагировать горе, как минимум, объясняя ему, что: плакать и стенать вслух и можно и нужно; что скорбь нельзя приостанавливать; что скорбь должна продолжаться столько, сколько необходимо.

Если консультирование идет по телефону, то можно использовать алгоритм дебрифинга, состоящий из 3 этапов: «1) Расскажите в деталях и в последовательности, что с Вами происходило; 2) Расскажите, что Вы думали, когда происходили эти события (по каждому событию); 3) Расскажите, что Вы почувствовали когда происходило каждое событие.» Такое проговаривание травматического события три раза и на разных пластах психической организации позволяет взять его под контроль и отреагировать чувства.

Роль слушателя в процессе консультирования осуществляет консультант. Его задача на стадии спонтанной речи клиента — находиться со скорбящим человеком и надлежащим образом внимать ему. Клиенту надо предоставить возможность выражать любые чувства, и все они должны быть восприняты без предубеждения. Чем больше консультант сопереживает скорби и чем адекватнее воспринимает собственные эмоциональные реакции, связанные с помощью, тем эффективнее целебное воздействие.

Типичное проявление скорби — тоска по умершему (Parkes, Weiss, 1983). Клиент явно или подсознательно хочет вернуть утерянное, что сопровождается навязчивыми мыслями, переживаниями и фантазиями. Одновременно теряется интерес к другим событиям, к своей внешности, к производимому впечатлению. Клиент становится склонным к символическому истолкованию реальности и таким образом пытается восстановить утрату (чему не следует мешать). В таких случаях хорошо работают психологические техники символдрамы, метафорические карты.

С другой стороны, реакция скорби бывает преувеличена, и тогда создается культ умершего. В случае патологической скорби нужна помощь психотерапевта. Опознать патологическое течение процесса скорби можно по следующим признакам:

1. «Блокирование» отреагирования эмоций с целью избегания процесса горевания.

2. Идентификация горюющего с умершим человеком. Сопровождается отчуждением от любой деятельности, которая отвлекает внимание от мыслей о умершем.

3. Излишне растянутый процесс горевания сопряженный с периодическими обострениями.

4. Чрезмерное и неадекватное чувство вины с элементами самоистязания, побуждениями к наказанию себя. Может реализоваться в суицидальном поведении.

В случае проявления таких признаков следует обратиться к психиатру.

Отдельным блоком при консультировании в ситуации утраты является работа с чувством вины. Клиент анализирует события прошлого с целью поиска ошибок в своем поведении, постоянно задает себе вопросы: «Все ли я сделал для умершего?», «Достаточно ли уделял ему внимания?»; истязает себя утверждениями: «Если бы я тогда сделал то-то, то все было бы хорошо». Вспоминаются случаи неправильного, несправедливого отношения к умершему. В этом случае консультант напрямую высказывает клиенту истинный мотив чувства вины — потребность наказать себя, заглушить боль другой болью. К переживаниям клиента стоит относиться с уважением, однако стоит провести ряд мероприятий:

- побудить написать письмо умершему с сожалением о сделанных ошибках и просьбой о прощении (при просьбе клиента помочь с ему формулировками);

- провести ритуал прощания с умершим, чтобы клиент психологически отпустил его (ритуал дать придумать самому клиенту или подсказать культурные и религиозные способы прощания с умершим);

- проанализировать желание клиента причинить себе боль с позиций одобрения этого умершим (одобрил бы он это?);

- провести идентификацию личности с телом с целью снятия эффектов деперсонализации (например, интеграция с ребенком из детства);

- обговорить возможность с клиентом нахождения новой идентичности (например: с я-мать на я-творящая добро).

Далее следует этап адаптации в котором клиент постепенно возвращается к жизни с новой идентичностью и смыслом. Для потерявших беременность этот этап начинается мотивацией к следующей беременности.

#### **4.9. Особенности беседы с умирающим человеком**

Психологу, консультирующему умирающего, прежде всего необходимо понять: на какой стадии принятия смерти он находится.

Последовательность реакций неизлечимо больных людей на приближающуюся смерть описывает модель Kubler-Ross:



Стадии реакции на умирание	Темы для консультирования психолога
<p>1. <i>Отрицание</i>. При посещении разных врачей пациенты прежде всего надеются на отрицание диагноза. Действительное положение вещей скрывается как от семьи, так и от себя. Отрицание дает возможность увидеть несуществующий шанс, делает человека слепым к любым признакам смертельной опасности.</p>	<p>Поддержка с целью уменьшения боли клиента. Усиление восприятия свободы, снятие лишней ответственности, побуждение на проговаривание своих чувств близким, побуждение к осуществлению заветных мечтаний.</p>
<p>2. <i>Злоба</i>. Она чаще всего выражается вопросами: "Почему я?", "Почему это случилось со мной?", "Почему меня не услышал Бог?" и т.п.</p>	<p>Эмоциональное отреагирование аффектов злости (арт-терапия, телесные техники, техники экзистенциальной терапии)</p>
<p>3. <i>Компромисс</i>. На этой стадии стремятся как бы отложить приговор судьбы, изменяя свое поведение, образ жизни, отказываясь от разных удовольствий, и т.п.</p>	<p>Проговаривается и рефлексруется мотив жертвы и жертвенности. Выявляются и мотивируются к осуществлению подавленные мотивы благодарности кому-то, извинения перед кем-то. Рефлексруется и анализируется мотивация таких побуждений. «Я это делаю ради...»</p>
<p>4. <i>Депрессия</i>. Поняв неизбежность своего положения, постепенно теряют интерес к окружающему миру, испытывают грусть, горечь.</p>	<p>Актуализация ресурсов личности, интеграция с радостными детскими состояниями, с ресурсами жизненных достижений. Хорошо использовать методы символдрамы.</p>
<p>5. <i>Адаптация</i>. Смирение понимает-ся как готовность спокойно встретить смерть.</p>	<p>Актуализация мотивов жизни «здесь и сейчас», примирение обид с близкими, оценка своей жизни с собственных ценностных позиций, проговаривание умирающим значимых для него воспоминаний, безоценочное сопровождение в страхе смерти, побуждение клиента извлекать жизнь</p>

Подобная же помощь требуется и членам семьи умирающего.

Следует учитывать, что стадия отрицания несет в себе защитные функции ( Bird,1973). Отрицание уменьшает страх и боль умирающего, поскольку является довольно эффективной психологической защитой, которая отсекает клиента от бесконечного переживания травмирующего знания и создает иллюзию, что все хорошо. Поведение умирающего таково, словно проблемы не существует, но на бессознательном уровне пациент чувствует, какова ситуация в действительности, хоть и склонен игнорировать ее.

При прохождении стадии отрицания умирающий человек способен понять свое положение и нередко хочет поговорить о своей болезни и приближении смерти. Консультанту (сопровождающим, родственникам, врачам) следует принимать такое проговаривание без попыток утешить, иначе тревожность клиента только увеличивается.

«В заключение перечислим несколько важных принципов, которые следует учитывать консультанту в работе с умирающим человеком:

1. Очень часто люди умирают в одиночестве. Известное философское изречение: «Человек всегда умирает в одиночку» нередко понимают слишком буквально и оправдывают им защитное отгораживание от умирающего. Но страх смерти и боль становятся еще сильнее, если оставить человека одного. К умирающему нельзя относиться как к уже умершему. Его надо навещать и общаться с ним.

2. Следует внимательно выслушивать жалобы умирающего и заботливо удовлетворять его потребности.

3. На благо умирающему должны быть направлены усилия всех окружающих его людей. В общении с ним следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоверие.

4. Умирающие люди предпочитают больше говорить, чем выслушивать посетителей.

5. Речь умирающих часто бывает символичной. Для лучшего ее понимания необходимо расшифровывать смысл используемых символов. Обычно показательны жесты больного, рассказы и воспоминания, которыми он делится.

6. Не следует трагиковать умирающего человека только как объект забот и сочувствия. Нередко окружающие с самыми лучшими намерениями пытаются решить, что лучше для умирающего. Однако чрезмерное принятие на себя ответственности уменьшает диапазон самостоя-

тельности пациента. Вместо этого следует выслушать его, позволить ему участвовать в принятии решений о лечении, посетителях и т.п.

7. Самое большее, чем может воспользоваться умирающий человек, — это наша личность. Конечно, мы не представляем собой идеальное средство помощи, но все же наилучшим образом соответствующее данной ситуации. Пребывание с умирающим требует простой человеческой отзывчивости, которую мы обязаны проявить.

8. Психологам и врачам следует признаться в своих сомнениях, чувстве вины, ущемленном нарциссизме и мыслях о собственной смерти.

Персоналу, работающему с умирающим и его близкими, тоже необходима существенная помощь. С ними прежде всего следует говорить об осознанном смирении с чувствами вины и бессилия. Медикам важно преодолеть унижение профессионального достоинства. Такое чувство довольно часто встречается среди врачей, для которых смерть пациента в определенном смысле является профессиональной катастрофой» [24].

## **Глава 5. Примерный перечень методов, техник и приёмов психокоррекции при консультировании женщин в проблемах репродуктивного выбора\***

### **5.1. Исследование и определение проблем**

*Мотивационное интервью:* открытые вопросы; поощрение и поддержка; активное слушание; обобщение / резюмирование.

*Проблемный анализ.* Аспекты анализа проблемы: 1) Условия в настоящее время: в чем заключается проблема, как она проявляется здесь и теперь. Какие внутренние и внешние ситуации способствуют возникновению проблемы? Какие восприятия, ощущения, наблюдения, какие когнитивные оценки, какие эмоциональные реакции, какое поведение, какие действия, их последствия и противодействия порождают проблему? 2) История жизни пациента: Откуда взялась проблема? Предшествовали ли проблеме какие-либо переживания, которые могли способствовать ее возникновению. Когда, где и как возникла проблема? Как она менялась с течением времени? 3) Функциональное значение: Каков

\* Материалы главы подготовлены Научно-методическим центром психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации Министерства здравоохранения Свердловской области. Составитель к.пс.н. Е.Н. Костарева.

смысл этой проблемы? Как ее существование упорядочивает теперешние межличностные отношения? Какой смысл имеет эта проблема в теперешней жизненной ситуации пациента? Для чего она нужна? В чем её возможная польза?

Три черты определения проблемы. 1) Формулировка должна включать личное местоимение «Я» и конкретное содержание (а не общие и абстрактные слова), чтобы пациент мог отождествлять себя со своей проблемой, в качестве активного участника событий, а не только лишь лица, пассивно переживающего происходящее. 2) При объяснении проблемы следует, насколько это возможно, давать ее различные аспекты, что сделает понятными для пациента вытекающие отсюда психотерапевтические стратегии и облегчит ему активное сотрудничество с психотерапевтом. 3) Конкретные указания, по поводу действий, направленных на решение проблемы. При первоначальном изложении проблемы часто отмечаются прежде всего недостатки и беспомощность пациента. Необходима замена таких формулировок позитивными.

*Техника «Исследование взаимосвязи проблем».* Зачастую клиент предъявляет сразу несколько проблем, подразумевая, что одна влечет за собой другую, а наличие третьей делает неразрешимыми первые две. Наличие «клубка» проблем вносит оттенок безысходности. Когда существует множество затруднений, взгляд на каждую из них как на независимый элемент со своей собственной жизнью позволяет клиенту понять, что прогресс в работе над одной проблемой может помочь в решении другой. При подходе к проблемам с позиции терапии, ориентированной на решение, лучше не предписывать причинно-следственных связей разным проблемам клиента.

Образцы вопросов: У вас, по всей видимости, одновременно несколько проблем. Согласны ли вы, если мы сперва сфокусируемся на этой и рассмотрим другие позже, если в этом будет необходимость? Вы упомянули несколько проблем. Какую из них вы хотели бы разрешить в первую очередь? Возможно, разрешение какой-то одной из ваших проблем окажет положительный эффект на остальное. Какая, по-вашему, наиболее перспективна в этом отношении? Известен ли вам древний вопрос о курице и яйце? Считаете ли вы, что он применим к вашим проблемам? Вы назвали несколько проблем. Какая из них больше всех научила вас чему-то? Можете ли вы применить то, чему научились благодаря этой проблеме, для решения некоторых других? Когда причинно-следственные связи между двумя проблемами отрица-

ются или игнорируются, идеи по решению проблемы появляются легче и свободнее. Другой подход к ситуациям, когда имеются две предположительно связанные проблемы, — в том, чтобы поменять местами причину и следствие. Такой переворот причинных отношений «вверх дном» — это способ обнаружить абсолютно новые пути в обращении с проблемами. Еще один способ связать две проблемы друг с другом — посмотреть, как решение одной способствует решению другой. Можно предложить план, в котором одна проблема используется в решении другой.

## **5.2. Налаживание контакта и оказание психологической поддержки**

- Безусловное положительное отношение без вынесения каких-либо моральных суждений.

- Эмпатия, понимание чувств, которые испытывает клиент. Искренность, открытость и конгруэнтность (К. Роджерс).

*Техники:* встреча клиента, приветствие, выбор месторасположения, эмоциональная поддержка, обсуждение «границ» консультации (вопросы конфиденциальности, расписания, особых условий и др. Важно продумать место консультации (изолированная комната, удобные кресла, отсутствие постороннего шума и отвлекающих вещей и т.д.).

- Техника «Работа с визитером» для работы с «немотивированными» клиентами. В практике работы бывают клиенты, которые вступили в контакт с психологом по инициативе или настоянию членов семьи и других социальных институтов. Суть техники в работе «через третье лицо», когда психотерапевт занимает метапозицию и исследует ситуацию, не отождествляясь ни с позицией клиента, ни с позицией другой стороны. Образцы вопросов: Чья была идея, что вам нужно прийти сюда? Что заставляет N думать, что вам надо сюда прийти? Что должно произойти, чтобы N оставил вас в покое? Что, по мнению N, вам необходимо делать по-другому? Как вы полагаете, что N скажет о том, в чем заключается польза от вашего визита ко мне?

- Мотивационное интервью: открытые вопросы; поощрение и поддержка; активное слушание; обобщение / резюмирование.

- Методика организации взаимодействия при единичном контакте (по Л.Б. Филонову): а) накопление согласий; б) поиск совпадающих интересов; в) принятие принципов и свойств личности; г) выявление свойств личности, опасных для общения; д) индивидуальные воздей-

ствия и регуляция поведения; е) выработка общих правил взаимодействия.

- Техника самоподачи «Доброжелательность»: проявление внешних коммуникативных свойств личности, облегчающих начало беседы. Используемые средства: улыбка, радушное обращение, мимика участия, ориентация корпуса в сторону собеседника. Постоянно поддерживается контакт взглядов при обращении к собеседнику.

- «Да-техника». Диктует начинать установление контакта с нейтральных тем или вопросов, по которым можно получить положительный ответ собеседника.

### **5.3. Создание условий для выражения переживаний**

- Безоценочное слушание.
- Отражение.
- Парафраз.
- Отзеркаливание.
- Подсказки и поощрения («Что дальше?...», «Да...», «Ну...», «И тогда...», «И что потом...» и т. д.).

- Суммирование: «Разрешите подвести итог. (Описание произошедшего.) Это для вас (интерпретация переживаний и проблем), и вы думаете о том, как вам жить дальше».

- Фокусирование. Например, клиентка на консультации сообщает ряд проблемами: муж бросил, отца посадили в тюрьму, у ребенка корь, и т.д. В этом случае

- Постановка открытых вопросов.
- Помощь в выражении переживаний (Малкина-Пых И. Г.):
  - слушайте, принимая, а не осуждая;
  - сделайте так, чтобы человеку стало ясно, что у вас есть искреннее желание ему помочь выразить свои переживания;
  - принимайте чувства и страхи человека серьезно;
  - будьте готовы, что некоторые люди будут злиться на вас;
  - дайте время для того, чтобы появилось доверие: пока его нет, клиент не способен делиться с вами своими переживаниями;
  - дайте надежду, подбодрите клиента тем, что, несмотря на болезненность испытания, люди все же оправляются от горя и потрясений;
  - соблюдайте уместную дистанцию, не позволяйте себе запутаться в чужих проблемах настолько, чтобы стало невозможным сохранять позицию помогающего.

— будьте реалистичны: желание устранить боль немедленно — неуместно;

— побуждайте к описанию событий и выражению чувств;

— не удивляйтесь, что человек повторяет историю событий; повторение и проговаривание — естественный способ справиться с переживаниями;

— дайте человеку информацию о том, что «нормально» в состоянии горя, потясения, например, соматические симптомы, нарушение сна, плохой аппетит и т. д.;

— позвольте человеку найти подходящую «передышку» от горя, не давая в то же время избегать процесса работы переживания.

- Арт-терапевтические техники и приёмы. Работа с метафорическими ассоциативными картами.

- Арт-терапевтические техники и приёмы. Создание рисунков, коллажей.

- Упражнение «Прогноз погоды»: описать свое состояние так, как метеорологи сообщают прогноз погоды, либо сравнить свое настроение с каким-либо природным явлением, затем нарисовать рисунок, отражающий состояние. Может использоваться как диагностика эмоционального состояния в начале и в конце работы с обсуждением того, как изменилось состояние.

#### **5.4. Исследование жизненной ситуации, оценка рисков и ресурсов, исследование отношения женщины к беременности и материнству, исследование эмоционального состояния женщины**

- Клиническое интервью.

- Анкетирование.

- Тестовые психодиагностические методики.

- Проективные и рисуночные техники: «Дом-Дерево-Человек», «Горы», «Я и мой ребенок», «Моя семья», «Я, мой ребенок и моя мама».

- Арт-терапевтические техники и приёмы. Работа с метафорическими ассоциативными картами.

- Арт-терапевтические техники и приёмы. Создание рисунков, коллажей.

- Символдрама: работа с мотивами «Цветок», «Луг», «Ручей», «Гора».

- Идентификация эмоций и защит через их вербальное выражение.
- Генограмма.

### **5.5. Проведение психокоррекции эмоционального состояния; снижение ситуативной тревоги и нормализация эмоционального фона пациентки**

- Поощрение открытого выражения чувств.
- Информирование.
- Упражнение «Кувшин эмоций».
- Упражнение «Мозговой штурм» на тему «Эмоции, их выражение и значение».

• Упражнение «Нейрографика». Представить, в какой части тела находится тревога; мысленно провести ниточку оттуда к ручке или карандашу и нарисовать тревогу. Это упражнение помогает снять тревожное напряжение «здесь и сейчас». Рисунком потом можно распорядиться по желанию: порвать или сжечь.

• Упражнение «Работа со стихиями» (Малкина-Пых И. Г.). Закройте глаза и вспомните самый чистый легкий ВОЗДУХ, каким вы дышали когда-либо. Медленный плавный вдох — и легкий чистый воздух наполняет кисти рук, плечи, выдох — и он выходит через руки. Вдох — воздух заполняет ступни, голени, бедра, живот, грудь; выдох — и он плавно выходит через ноги. Вдох — воздух заполняет все ваше тело. Свойства воздуха теперь свойства вашего тела: легкость, прозрачность, невесомость. Вы и есть этот чистый, прозрачный, легкий воздух. Представьте себе ласковую голубую ВОДУ.

Вы лежите в голубом бассейне. Вдох — и вода заполняет ваши руки, плечи. Выдох — и она выходит через руки. Вдох — и вода заполняет наши ноги, выдох — выходит через ноги. Вдох — и вода заполняет вашу голову, выдох — выходит. Вдох — и все ваше тело полностью наполняется чистой голубой водой. Вы растворяетесь в ней. Свойства воды теперь свойства вашего тела и вашей психики: текучесть, подвижность, всепроницаемость. А теперь представьте бушующий ОГОНЬ. Вы дышите всей поверхностью тела, и с каждым вдохом огонь заполняет ваши руки, ноги, грудь, живот, голову. Вы заполнены бушующим пламенем, и свойства огня — отныне ваши свойства. Представьте себе легкий серебристый МЕТАЛЛ. Медленный плавный вдох — и ваши руки и ноги заполняются металлом.



Почувствуйте, как свойства металла становятся вашими свойствами: прочность, надежность, стойкость. А теперь представьте тяжелую, рыхлую и надежную ЗЕМЛЮ. Вы лежите на земле и дышите всей поверхностью тела. С каждым вдохом вы втягиваете в себя землю и, наконец, растворяетесь в ней. И свойства земли теперь ваши свойства: стабильность, надежность, уверенность. И наконец, представьте себе мощное, красивое ДЕРЕВО. Вдох — ваши руки и плечи становятся ветвями этого дерева. Выдох — и вы обретаете все свойства этого дерева: гибкость, грациозность, прочность.

- Ритуал завершения консультативной сессии и программы сопровождения со свечой. Зажженная свеча используется как символ эмоционального тепла, благодарности или исполнения желания. Клиентка, задувая свечу, мысленно завершает процесс консультирования.

- Упражнение «Прогноз погоды»: рисунок актуального эмоционального состояния. Обсуждение преобладающей эмоции и того, что с ней хочется сделать (отреагирование или символизация).

- Упражнение «Карта (страна) чувств».
- Упражнение «Падение» («Тоннель»).
- Работа с притчами.
- Медитация «Обретение надежды», «Работа с телом и чувством вины».
- Работа с письмами, например, упражнение «Письма гнева».
- Арт-терапевтические техники и приёмы. Работа с метафорическими ассоциативными картами.
- Приём «Вечерний пересмотр событий».
- Упражнение «Внутреннее зеркало». Цель: научиться снимать эмоциональное напряжение, раздражение, гнев, методом дыхания.

Инструкция. Необходимо сделать глубокий вдох, задержать дыхание беременным женщинам на 10 сек., их партнерам можно на 15, а затем резко выдохнуть. Лучший эффект дыхательные упражнения дают в сочетании с мышечным напряжением, чередующимся с расслаблением. Например: сделайте вдох, задержите дыхание, сожмите кулаки. Напрягите мышцы рук, ног, спины, (не живота); резко выдохните, расслабьте все мышцы, сделайте несколько легких встряхивающих движений руками (как бы сбрасывая усталость). Повторяем несколько раз, при этом беременные женщины мысленно обращаются к ребенку: «Я управляю собой, своим телом, своими эмоциями чтобы тебе было безопасно». При задержке дыхания можно слегка надуть щеки и сде-

лать глотательные движения. Надо помнить и о выражении лица (внутреннее зеркало поможет избавить лицо от ненужных мышечных зажимов). Например, после вдоха проведите по лицу рукой, как бы убирая остатки тревоги, раздражения. Улыбнитесь.

- Упражнение «Тепло моего тела». Цель: преднамеренное усиление ощущений тяжести и тепла в руках и ногах.

Инструкция. Для этого необходимо ярко представить себе эти ощущения. Предлагается повторить про себя: «Я хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми. Мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми. Очень хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми. Руки и ноги стали тяжелыми и теплыми. Руки и ноги тяжелые и теплые»». Сокращая фразу от пожелания «Я очень хочу», переходим к утверждению «Руки и ноги стали тяжелые и теплые». После «приказа» установите, как он повлиял на ощущения. К концу занятия нужно добиться ощущения максимального отдыха и телесного покоя.

- Техника декатастрофизации. Техника предназначена для исследования действительных фактических событий и последствий, которые в представлении клиента наносят ему психологический ущерб и вызывают чувство тревоги. Эта техника помогает клиентам справиться с последствием события, сопряженного со страхом.

Психолог задает клиенту вопрос: «А что будет, если эта ситуация наступит?» Клиент перечисляет возможные последствия этой ситуации. Психолог повторяет вопрос: «А что будет, если...?» При рассмотрении всех последствий ситуации клиент приходит к выводу о том, что ситуация не настолько значима, как представлялась ему в самом начале беседы.

- Невербальные психогимнастические приемы: «Движение в темноте», «Восковая палочка», ролевая игра «Поводырь и слепой», двигательная экспрессия и т.д.

- Суггестивный прием «Психологическая молитва».

## **5.6. Коррекция самооценки**

- Упражнение «Сила рода» (Малкина-Пых И. Г.). Обретение силы своего рода — один из краеугольных камней обретения веры в себя, уверенности сверхвозможностей. Насколько хорошо вы знаете свою генеалогию? Какие качества родового характера вам присущи? Постарайтесь вспомнить максимальное число своих родственников, представить их лица, вспомнить походку, интонации голоса. А теперь вспомните свое самое любимое место отдыха, где вы чувствуете себя

комфортно и спокойно. Закройте глаза и представьте, что вместе с вами там же находятся и все ваши родственники. Вы их видите всех сразу. Все вместе вы действительно похожи на дерево, у которого много сильных раскидистых ветвей. И вы — одна из этих ветвей. В ваших жилах течет кровь многих поколений ваших предков, их гены — ваши гены. А теперь определите лучшего из вашего рода и слейтесь с ним воедино. Окунитесь в его жизнь. Как он работал? Как он общался с людьми? Как он переживал победы и поражения? Почувствуйте силу его духа так, чтобы она стала вашей силой. А теперь попробуйте подойти к другим, избранным вами представителям рода. Обратитесь к ним, попросите поддержки и защиты. Когда-то и вас не станет на этой земле, и вы для кого-то станете ангелом-хранителем. И ваши потомки будут вспоминать вас, гордиться вами. Так попросите эту силу сейчас у своих предков. Поблагодарите их и попрощайтесь. Сделайте глубокий вдох, выдох — и вернитесь в этот мир.

- Арт-терапевтические техники и приёмы. Создание рисунков, коллажей. Работа с «внутренним ребенком».

- Арт-терапевтические техники и приёмы. Создание рисунков, коллажей. Ассоциации «Кто я? Какая Я?».

- Арт-терапевтические техники и приёмы. Рисуночные техники: «Автопортрет», «Сферы моей жизни» и др.

- Упражнение «Кто я? Какая Я?»

- Упражнение «Мои ресурсы».

- Арт-терапевтические техники и приёмы. Составление коллажа «Я и моя семья», «Я и моя жизнь», «Я и мой внутренний ребенок», «Мои ценности» и др.

- Работа с притчами.

- Арт-терапевтические техники и приёмы. Работа с метафорическими ассоциативными картами.

- Составление списка «Я люблю/мне нравится».

- Составление списка личных достоинств.

- Коррекция иррациональных способов мышления (когнитивная терапия).

- Ауторетинг.

- Танцевальная терапия.

- Техника когнитивной реатрибуции. Проверяются предположения о том, кто (или что) в действительности несет ответственность за те или иные события. Психолог и клиент рассматривают альтернативные причины событий. Техника реатрибуции предполагает проверку

реальности и исследование всех фактов, которые повлияли на возникновение ситуации. Она включает следующие приемы:

1) проверку наполненности когний клиента реальным содержанием. Осуществляется переход к более содержательному и многостороннему представлению об объекте неадекватной цепочки суждений (своем «Я», сфере деятельности, взаимоотношениях с другим человеком и т.п.).

2) Выявление несостоятельности представлений клиента о причинах неадекватной его цепочки суждений. Объектом воздействия на этой стадии являются здравые суждения, которыми клиент привычно обосновывает свое чувство вины, тревогу, неполноценность, проявления агрессивности.

3) Закрепление новых атрибуций (в дискуссии, ролевой игре, в повседневной жизни).

### **5.7. Формирование готовности к материнству и принятию беременности**

- Рисование на животе беременной.
- Сочинение колыбельных для малыша.
- Работа с метафорическими ассоциативными картами.
- Беседа с супругами о будущем ребенке, обучение их приемам общения с плодом, установления с ним обратной связи.

- Ведение «Дневника беременности».
- Упражнение «Мир глазами ребенка». Цель: восприятие и познание мира глазами ребенка, актуализация состояния «Я»-ребенок (Э. Берн), развитие эмпатических способностей со своим ребенком. Инструкция: участник имитирует позицию ребенка (рост), его взгляд на окружающий мир, рассказывают о своих впечатлениях об окружающем, описывают возникающий образ мира. Задаются следующие ситуации: выходной день в семейном кругу, раннее морозное утро, озеро в деревне на закате дня, рыбалка с бабушкой и т. п. Важно почувствовать позицию ребенка, суметь выйти из позиции взрослого-критика, скептика. Обсуждение упражнения по схеме: легко ли было занять позицию ребенка; какие чувства, ощущения вызвало упражнение; что дало выполнение упражнения; в чем заключается различие позиций взрослого и ребенка; в каком случае происходит вмешательство в личность ребенка; каковы допустимые пределы вмешательства.

- Коррекционные родительские группы и группы поддержки.

### **5.8. Актуализация и формирование ценности человеческой жизни, ценности ребенка**

- Работа с письмами.
- Работа с притчами.
- Пренатальная гаптономия.
- Арт-терапевтические техники и приёмы. Работа с метафорическими ассоциативными картами.
- Арт-терапевтические техники и приёмы. Сочинение колыбельных для малыша.
- Распевание колыбельных песен с элементами гипнотомии.
- Арт-терапевтические техники и приёмы. Сочинения о малыше.
- Визуализация и прослушивание сердцебиения ребенка на УЗИ в рамках ведения беременности.
- Просмотр и обсуждение фотоматериалов, слайдов или фильмов о внутриутробном развитии ребенка (например, фильм «Чудо жизни»).
- Визуализация ребенка с элементами гапнотомии.
- Информирование.

### **5.9. Исследование и коррекция позиции женщины в отношениях с окружением, паттернов и моделей взаимодействия**

- Арт-терапевтические техники и приёмы. Работа с метафорическими ассоциативными картами.
- Сказкотерапия.
- Психодрама, монодрама.
- Песочная терапия.
- Арт-терапевтические техники и приёмы. Игротерапия.
- Коррекция иррациональных способов мышления (когнитивная терапия).
- Генограмма.
- Техники транзактного анализа.

### **5.10. Психокоррекция при экзистенциальных проблемах, патологической вине**

- Работа с письмами.
- Работа с притчами.
- Изменение установок (модель РЭТ).

- Коррекция иррациональных способов мышления (когнитивная терапия).

- «Растворение иррациональной совести» (гештальт-подход) (Белинская Е.В.). Два шага:

- перевести фразу типа «Моя совесть или мораль требует...» в «Я требую от себя...»;

- обратить совесть в обоих направлениях, то есть в «Я требую от Х (например, общество).» и «Х требует от меня.». Нужно отличать действительные требования и принуждения общества как от своих личных требований, так и от своих интроекций. Важно посмотреть, как человек ведет себя в своей совести: придирается? ворчит? угрожает? шантажирует? бросает горькие, обиженные взгляды? Если он сосредоточится на этих фантазиях, то увидит, сколь многое в «моральном долге» является его собственной скрытой атакой, что представляет собой частично интроецированные влияния, и какая часть рациональна. Таким образом, первый шаг состоит в переводе проекции в ретрофлексию, за которой скрывается как интроекция, так и требования к другим людям. Второй шаг предполагает пересмотр, переработку этих двух составляющих и в результате отказ от них как от неэффективных способов взаимодействия с миром и с самим собой.

- Работа с виной и обидой (гештальт-подход) (Белинская Е.В.).

В работе с виной клиенту предлагается вспомнить, по отношению к кому он чувствует вину или обиду, а также ответить на ряд вопросов. Например, вызвали ли бы подобные действия то же чувство, если бы они принадлежали кому-нибудь другому? Затем предлагается вспомнить свои отношения с этим человеком в целом. Далее поинтересоваться, в какой степени клиент принимает как само собой разумеющееся то, что, может быть, этим человеком вовсе не принимается как само собой разумеющееся? Хочет ли клиент изменить статус-кво? Тогда вместо того, чтобы мучить себя чувствами вины или обиды, терапевт предложит поискать путей расширения области контакта.

- Проработка чувства вины перед другими (Белинская Е.В.), что необходимо для восстановления самоприятия.

Для этого следует произвести пересмотр ценностей, принятие того, что является действительно значимым и отвержение навязанных извне интроектов, проработку отношений с авторитетными фигурами из прошлого и настоящего, чьи «съеденные, непереваренные» взгляды и требования мешают чувствовать себя свободным, принятие ответственности за поступки, нарушающие собственные нравственные

запреты и нормы, приведшие к потерям для близких, и возмещение ущерба там, где это возможно в любой форме, будь то материальные ценности или искреннее раскаяние, что позволит восстановить собственное душевное равновесие и ценность.

- Суггестивный прием «Психологическая молитва».
- Методика предельных личностных смыслов (Д.А. Леонтьев).

Если реакция утраты подавляется, полезно изучить причины, почему человек избегает горя. Если реакция утраты искажена, может оказаться ценным следующее: побуждайте выражение и осознание чувств; работайте над проблемами, созданными отношением сильной зависимости; обратите внимание на двойственные отношения между умершим и горюющим человеком; ищите, в чем их истоки; если чувство вины необоснованно, помогите человеку избавиться от него; если чувство вины обоснованно, подумайте о том, как человек может с этим жить, может ли он как-то искупить свою вину; попытайтесь найти незаконченные дела между умершим и горюющим и проработайте этот вопрос.

Если горе приобретает хронический оттенок, то следует установить: почему человек не может отказаться от этой фиксации; какой отпечаток смерть отбрасывает на отношение человека к себе на фоне утраты; есть ли какая-то вторичная выгода от того, что человек держится за горе, например, он обнаружил, что о нем стали заботиться, его «замечают», а этого ему ранее не хватало?

- Символдрама: работа с мотивом «Мудрец».
- Упражнение «Смысл жизни» (Малкина-Пых И. Г.). Упражнение дает возможность прояснить цели своего существования.

Сядьте прямо и сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов. Закройте глаза и сосредоточьтесь. Представьте себе старинную пустую виллу или дом, который сейчас необитаем. Осмотрите это здание. Пройдитесь по всем комнатам, полюбуйте старинной мебелью, светильниками, картинами и коврами. Теперь поднимитесь по лестнице на второй этаж, пройдите через спальню. Обратите внимание на фиолетовую портьеру, немного прикрывающую широкую деревянную дверь. Отодвиньте портьеру в сторону и откройте дверь. Сейчас вы видите вторую лестницу, пыльную и всю в паутине. Очевидно, ею очень давно никто не пользовался. Медленно поднимитесь по ступеням и откройте находящуюся наверху дверь. Вы оказались в старой библиотеке, наполненной светом, льющимся из окон и проникающим сквозь стеклянную крышу. Попробуйте прочесть несколько названий книг. Вдруг

вы замечаете, что в углу комнаты сидит какой-то человек. Он говорит спокойным, мягким голосом: «Я ждал тебя». И откуда-то из глубины души к вам приходит чувство, что этот человек обладает всеми знаниями мира и может ответить на все вопросы. Вы решаетесь задать ему свой важный вопрос («Зачем я пришел в этот мир?», «Какое решение принять?» и т.п.) и в тишине ждете, что он вам ответит. Ответ может прийти в словах, в жестах, в переданных телепатически мыслях или образах. Вы можете задать этому человеку любые важные для вас вопросы. А теперь поблагодарите старого мудреца и попрощайтесь с ним. Спуститесь по лестнице вниз, снова пройдите по всем комнатам. Покиньте эту виллу, дом и возвращайтесь назад. Вы чувствуете себя обновленным после этой встречи. Потянитесь, выпрямитесь и откройте глаза. Обсуждение: получили ли вы ответ на заданный вопрос? Готовы ли вы поделиться им с группой?

### 5.11. Коррекция образа будущего

- Работа с письмами.
- Исследование целей. Обсуждение с женщиной ее планов на ближайший год, на ближайшие пять, десять лет. Можно спросить: «К чему Вы стремитесь в конечном итоге?»
- Упражнение «Понимание целей».

Сядьте, возьмите 4 листа бумаги, карандаш или ручку.

1) Напишитеверху на первом листе: «Каковы мои цели в жизни?». Потратьте 2 минуты, чтобы ответить на этот вопрос. Пишите все, что приходит вам в голову, каким бы общим, абстрактным или тривиальным написанное ни казалось. Вы можете включить сюда личные, семейные, карьерные, социальные, общественные или духовные цели. Дайте себе еще 2 минуты, чтобы просмотреть весь список и сделать дополнения и исправления. Отложите первый лист в сторону.

2) Возьмите второй лист и напишитеверху: «Как бы я хотел провести следующие три года?». Потратьте 2 минуты, чтобы ответить на этот вопрос, Потратьте еще 2 минуты на то, чтобы просмотреть список. Этот вопрос должен помочь вам выявить ваши цели более отчетливо, чем первый. Отложите в сторону и этот список.

3) Чтобы увидеть свои цели с другой точки зрения, напишите на третьем листе: «Если бы я знал, что мне осталось жить 6 месяцев начиная с сегодняшнего дня, как бы я их прожил?». Этот вопрос нужен, чтобы выявить, что важно для вас, но о чем при этом вы до сих пор даже не



задумывались. Снова потратьте на ответы 2 минуты и еще 2 минуты на то, чтобы проверить список, и отложите лист в сторону.

4) На четвертом листе выпишите 3 цели, которые считаете наиболее важными из всех перечисленных. Сравните все четыре списка. Обсуждение: есть ли темы, проходящие красной нитью через все разнобразие ваших желаний? Не принадлежат ли все ваши цели к одной категории, например социальной или личной? Появляются ли какие-то цели во всех трех первых списках? Не отличаются ли цели, которые вы выбрали как самые важные, от остальных перечисленных вами целей?

- Упражнение «Принцип 10/10/10».

Упражнение пригодно при принятии решений сквозь призму трех разных временных рамок: Как вы будете относиться к этому спустя 10 минут? Что будете думать об этом решении спустя 10 месяцев? Какова будет ваша реакция на это через 10 лет? Правило 10/10/10 помогает совладать с эмоциями относительно актуального события. Чувства, которые испытывает человек кажутся насыщенными и резкими, а будущее — наоборот, расплывчатым, поэтому эмоции, испытываемые в настоящем, могут обуславливать принимаемое решение, выводя на первый план эмоциональную логику. Однако, правило 10/10/10 предполагает, что рассмотрение эмоций в длительной перспективе — не является единственно верным. Оно лишь доказывает, что переживаемые человеком краткосрочные чувства не могут стоять во главе стола при принятии важных и ответственных решений.

- Упражнение «Изучение последствий» (Малкина-Пых И. Г.). Работа с фиксированной идеей. Оно особенно полезно для тех фиксированных идей, когда человек должен или не может делать чего-то.

Обычно человек не изучал окончательные последствия выполнения или невыполнения своего намерения или плана. Вопросы о том, что бы произошло, если бы он сделал это или если бы идея была истинной, и что бы произошло, если бы он не сделал этого или если бы идея была ложной, могут быть весьма полезны. Важно показать, что всегда есть то, что человек получает, и то, что он теряет, независимо его выбора. Вопросы: «Что случится, если ты сделаешь .....?»; «Что случится, если ты не сделаешь .....?»; «Чего не случится, если ты сделаешь .....?»; «Чего не случится, если ты не сделаешь .....?»

- Техника «Изменение образа жизни» (Малкина-Пых И. Г.).

Ответьте на вопросы: Что значит для меня моя жизнь сейчас? Что она могла бы значить? Что моя жизнь значит для других сейчас? Что она могла бы значить для других? Что является для меня действитель-

но важным? (Укажите пять вещей, явлений и т. д., которые вы цените больше всего в жизни.) Каковы приоритеты моих ценностей? (Проранжируйте их в порядке важности или значимости.) Насколько мой нынешний образ жизни отображает те ценности, которые для меня важны? Какие три действия я могу совершить, чтобы изменить свою жизнь к лучшему? Что еще я для этого сделаю? Какие обязательства придадут моей жизни смысл? Какие переживания придадут моей жизни смысл? Какие достижения придадут моей жизни смысл? Что заставляет мое сердце петь? Что служит для меня неизменным источником радости? Что позволяет мне ощутить себя по-настоящему счастливым? Что просто доставляет мне регулярное удовольствие? Насколько сейчас мой образ жизни вмещает и включает: то, что придает моей жизни смысл; то, что заставляет мое сердце петь; то, что служит для меня источником радости; то, что позволяет мне ощутить себя по-настоящему счастливым; то, что регулярно доставляет мне удовольствие? Какие три действия я могу совершить, чтобы в моей жизни стало больше: того, что придает моей жизни смысл; того, что заставляет мое сердце петь; того, что служит для меня источником радости; того, что позволяет мне ощутить себя по-настоящему счастливым; того, что регулярно доставляет мне удовольствие?

- Арт-терапевтические техники и приёмы. Работа с метафорическими ассоциативными картами. Работа с метафорами «Моя история», «Моя галактика».

- Арт-терапевтические техники и приёмы. Составление коллажа «Я и моя семья», «Я и моя жизнь», «Я и мой внутренний ребенок», «Мои ценности» и др.

- Ритуал завершения консультативной сессии и программы сопровождения со свечой. Зажженная свеча используется как символ эмоционального тепла, благодарности или исполнения желания. Клиентка, задувая свечу, мысленно завершает процесс консультирования.

- Визуализация: мысленное представление, проигрывание, видение себя в ситуации, которая еще не произошла, — это прием, помогающий строить реальность. Человек воображает себя делающим (или имеющим) то, к чему он стремится, и — получает желаемое.

- Упражнение «Объявления» (Малкина-Пых И. Г.).

Выполняя это упражнение, участники могут сформулировать и проговорить вслух цели, которые они уже осознали. Они имеют возможность твердиться в этих целях и принять их как само собой разумеющееся. У каждого из нас есть цели, которые мы держим в голове,

в сердце и в душе. Некоторые из них служат нам своеобразными «алиби-целями» — в действительности мы вовсе не хотим их осуществлять. Другие цели являются амбивалентными («пятьдесят на пятьдесят»). Мы с равной вероятностью можем как стремиться к их достижению, так и избегать их реализации. Но есть и такие цели, которые мы очень хотели бы осуществить. К чему вы стремитесь в своей жизни? Вы можете сейчас набросать объявления о целях, которые для вас очень важны. Это могут быть самые разнообразные объявления: покупка недвижимости или квартиры, предложение рабочих мест, обмен или «Разное». Вы можете написать объявления о поиске партнера, друга, ребенка, консультанта, сотрудника и т.п. или же изобрести абсолютно новую разновидность объявлений. Указывайте каждый раз, что именно вы ищете, каковы ваши конкретные пожелания и что вы готовы предложить взамен. Снабдите тексты объявлений своими координатами. Где бы вы хотели опубликовать свои объявления? Если вам не удастся подобрать подходящую газету или журнал, придумайте новые. Обсуждение: легко ли было сформулировать то, что вы готовы предложить взамен желаемого?

- Упражнение «Сон о будущем» (Малкина-Пых И. Г.).

С помощью направленного воображения участники могут интуитивно прояснить для себя свои цели, ожидания и желания. Мы обладаем удивительной способностью по-разному воспринимать время. Иногда нам кажется, что год пролетает как одна секунда, а бывает и так, что секунды растягиваются на годы. Кроме того, мы можем мысленно возвращаться в прошлое или, наоборот, заглядывать в будущее. Эту поразительную способность можно использовать для того, чтобы прояснить для себя глубоко запрятанные желания.

1) Сядьте поудобнее и закройте глаза. Несколько раз вдыхайте поглубже, и с каждым выдохом пусть вас покидают все заботы, все мысли, все накопившееся напряжение.

2) Теперь представьте себе часы — любые часы с циферблатом и тремя стрелками: часовой, минутной и секундной. Держите их перед своим внутренним взором, и пусть они показывают какое-нибудь время. Наблюдайте за тем, как часы начинают идти вперед. Представляйте себе во всех деталях, как движется секундная стрелка, что в это время происходит с минутной, как перемещается часовая. Смотрите на них внимательно и наблюдайте за всеми тремя стрелками одновременно (30 секунд).

3) Представьте себе, что часы постепенно начинают бледнеть и вы засыпаете. Вы находитесь как раз там, где вам бывает легко заснуть. Сон переносит вас в желаемое будущее. В этом сне появляются различные образы: одни из них видны вполне отчетливо, другие лишь едва намечены. Некоторые из вас услышат звуки, шорохи, слова... Кто-то почувствует запахи или ясно ощутит свои движения... Внимательно посмотрите, какую картину будущего представило вам ваше бессознательное. Свяжите возникшие образы с вашими осознанными желаниями.

4) Если этот сон о будущем вдруг растает или прервется, вы можете вернуться к картинке с часами и снова понаблюдать за стрелками. Это позволит вам вновь сосредоточиться. За эти несколько минут вы сможете пережить те важные события, на которые надеетесь в будущем (3-5 минут).

5) А теперь возвращайтесь назад. Не торопясь откройте глаза, выпрямитесь, потянитесь. Обсуждение: опишите свой сон о будущем, при этом вы можете дополнить его новыми деталями, которые придут вам в голову.

### **Изменение установок (модель РЭТ)**

- Техника декатастрофизации. Техника предназначена для исследования действительных фактических событий и последствий, которые в представлении клиента наносят ему психологический ущерб и вызывают чувство тревоги. Эта техника помогает клиентам справиться с последствием события, сопряженного со страхом. Психолог задает клиенту вопрос: «А что будет, если эта ситуация наступит?» Клиент перечисляет возможные последствия этой ситуации. Психолог повторяет вопрос: «А что будет, если...?» При рассмотрении всех последствий ситуации клиент приходит к выводу о том, что ситуация не настолько значима, как представлялась ему в самом начале беседы.

- Сравнение жизненных историй. Просьба попробовать сравнить, все ли женщины в схожем положении предпочитают выбранное клиенткой решение? Есть ли такие женщины в окружении клиентки? А были ли в роду женщины, которые прошли через трудности, пока растили детей? (важно найти позитивные примеры) Помочь осознать, соразмерны ли материнство и текущие проблемы клиентки? Взаимоисключающие ли это аспекты жизни?

- Дискуссия: «Можете ли Вы почувствовать себя счастливой, даже если Вы не имеете то, чего хотите?»

- Информирование о мерах государственной поддержки.

## 5.12. Обучение женщины приёмам самопомощи, психообразование

- Информирование.
- Аутогенная тренировка для беременных.
- Освоение приёма «Счет в уме». Сложные умственные операции

помогают снизить уровень тревоги. Например: поочерёдно в уме отнимать от 100 то 6 то 7, перемножать двузначные числа, посчитать на какое число приходился второй понедельник прошлого месяца, вспоминать или сочинять стихи, придумывать рифмы и т.д.

- Освоение приёмов самопомощи при апатии: дайте себе возможность отдохнуть; снимите обувь, примите удобную позу, постарайтесь расслабиться; не злоупотребляйте напитками, содержащими кофеин (кофе, крепкий чай); поместите в тепло ноги, следите за тем, чтобы Ваше тело не было напряжено; если ситуация требует от Вас действий, дайте себе короткий отдых, расслабьтесь, хотя бы на 15-20 минут; помассируйте мочки ушей и пальцы рук — это места, где находится огромное количество биологически активных точек; выпейте чашку некрепкого сладкого чая; сделайте несколько физических упражнений, но не в быстром темпе; после этого приступайте к выполнению тех дел, которые Вам необходимо сделать; выполняйте работу в среднем темпе, старайтесь сохранять силы; не беритесь делать несколько дел сразу, в таком состоянии внимание рассеяно, и сконцентрироваться, а особенно на нескольких делах трудно; постарайтесь при первой же возможности дать себе полноценный отдых.

- Освоение приёмов самопомощи при чувстве вины и стыда: говоря о своих чувствах, используйте вместо «мне стыдно» или «я виноват» словосочетание «я сожалею», «мне жаль». При трансформации чувства вины важно помнить, что: чрезмерная ответственность перед окружающими — это безответственность перед самим собой; пытаясь соответствовать чужим стандартам, вы наносите себе удар с тыла, поэтому вам необходимо придерживаться стандартов, основанных на ваших собственных ценностях; вы никогда не найдете душевного покоя, если будете позволять другим людям проживать вашу жизнь вместо Вас; лучшая защита от чувства вины — это четкое понимание того, что Вам следует делать, чтобы удовлетворить свои собственные интересы, а не ожидания окружающих; ваши ошибки — это результат лишь ваших действий, а не вас самих; научитесь жить настоящим: «Прошлое — это вода под мостом жизни».

- Освоение техники хороших наименований. Техника заключается в поиске такой формулировки, которая создает атмосферу надежды, позволяет смотреть на проблему как на нечто изменяющееся. Функция нового наименования — помочь людям избавиться от различных отрицательных ассоциаций, связанных с традиционными названиями, и сосредоточиться больше на своем потенциале, чем на проблемах. Новое название должно стать трамплином для новых творческих решений проблемы и позволить клиенту стать активным в ее решении. Одно удачно выбранное новое наименование может одновременно облегчить разговор о проблеме и сыграть роль трамплина для новых творческих решений. Следует подчеркнуть, что новое название проблемы не должно отрицать ее серьезности. Новое название не должно стать оправданием бездействия, оно должно быть приемлемым для всех термином, который дает возможность человеку активно включиться в решение проблемы. Так, слово «депрессия» используется, чтобы обозначить ситуацию, когда люди видят свою жизнь в пессимистическом свете и страдают от недостатка энергии для дел. Оно лишает уверенности в себе, приводит в уныние. Для описания этой ситуации можно применить — выражения: «проводить инвентаризацию жизни», «собирать силы», «находиться в поиске смысла жизни», «чувство хандры», «скрытая радость» и т. д.

- Изменение установок (модель РЭТ).
- Освоение приёма «Спонтанное расслабление».

Клиенту предлагается каждый раз, когда встречаются объекты, которые напоминают ему о причиненном страдании, или же приходят мысли о травмирующем событии, несколько раз глубоко вздохнуть и расслабиться, встряхнуть опущенными руками, сделать круговые движения плечами, представлять соответствующий образ, например знак «Проезд закрыт»), делать небольшую паузу, и переходить к внешнему или внутреннему отвлечению.

- Освоение приёма «Систематическое расслабление» — регулярное посещение занятий для тренировки релаксации; аутотренинг, мышечная релаксация, йога, массаж и пр.

- Освоение приёмов отвлечения. Внутреннее отвлечение. Пациенту предлагается представить себе картину событий, вызывавших в прошлом позитивные чувства, или пофантазировать по поводу ожидаемых в будущем приятных вещей. Ожидается замещение этими мыслями или фантазиями мыслей и образов травмировавшего собы-

тия. Внешнее отвлечение. Вместе с пациентом выявляются занятия, которые обычно доставляют ему удовольствие. Дается задание заниматься как можно чаще этими приятными делами. Если уже давно планируется какое-либо приятное мероприятие, то этим рекомендуют заняться незамедлительно. В качестве внешнего отвлечения могут использоваться и не очень приятные, но полностью занимающие внимание дела (ремонт, механическая работа, помощь кому-либо в сложном деле и т. п.).

- Освоение приёма переключения на интенсивную внешнюю деятельность, особенно безусловно приятную клиенту, выступает в качестве замещения болезненного поведения.

- Освоение приёма позитивной самоинструкции. Приём может быть использован, если кризисные события мешают пациенту выполнять его прямые обязанности, выступают внутренним барьером. Пациенту рекомендуют произносить про себя простые, направленные на успех инструкции.

- Освоение приёма отреагирования. Ярость и злость, обида и негодование могут быть выражены с помощью физических упражнений, особенно из разряда восточных практик или боевых искусств. Как и в психодраме, пациенту можно помочь выплакаться, покричать, сказать громко, допуская любые выражения, о том, что он думает об обидчике.

- Освоение приёма «Решение проблем». Чувство безопасности дает осуществление мероприятий по предотвращению критических событий в будущем (конструктивное, мотивирующее влияние негативных эмоций).

- Освоение приёма «Мысленный стоп». Каждый раз, когда в голову клиента приходят тревожные мысли о пережитом, ему предлагается говорить себе «стоп» (или )

- Обучение основам ментальной гигиены.
- Обучение основам рефрейминга проблем.

### **5.13. Повышение уровня психологической и, в частности, родительской, социально— психологической, санитарно-гигиенической компетентности**

- Информирование.
- Обучение принципам здорового образа жизни.

- Обучение умениям и навыкам поведения в родах, ухода за ребенком, общения с ребенком, организации развивающей среды для ребенка.
- Обучение умениям и навыкам регуляции функциональных и психических состояний средствами аутогенной тренировки, арттерапии, телесноориентированной терапии.
- Обучение умениям и навыкам неконфликтного общения и конструктивного выхода из конфликтных ситуаций.

#### **5.14. Формирование настроения женщины на конструктивное взаимодействие с членами консилиума**

- Информирование.
- Изменение установок (модель РЭТ).
- Коррекция иррациональных способов мышления (когнитивная терапия).
- Рефрейминг.
- Исследование вариантов развития событий. «До тех пор, пока Вы так считаете, переживаете о ..., как Вы будете себя чувствовать? Полезно ли для Вас продолжать так себя чувствовать? К каким результатам Вы можете прийти?»

#### **5.15. Формирование приверженности перинатальному приему и назначаемому лечению**

- Информирование.
- Обучение, просвещение.
- Оптимизация индивидуальной терапевтической программы с учетом образа жизни, индивидуальных особенностей.
- Актуализация социальной поддержки микросредового, семейного окружения. Организация семейного консультирования.
- Снижение самостигматизации и негативного отношения к терапевтическому альянсу.
- Техника декатастрофизации. Техника предназначена для исследования действительных фактических событий и последствий, которые в представлении клиента наносят ему психологический ущерб и вызывают чувство тревоги. Эта техника помогает клиентам справиться с последствием события, сопряженного со страхом. Психолог задает клиенту вопрос: «А что будет, если эта ситуация наступит?» Клиент перечисляет возможные последствия этой ситуации. Психолог повторяет вопрос: «А что будет, если... ?» При рассмотрении всех последствий



ситуации клиент приходит к выводу о том, что ситуация не настолько значима, как представлялась ему в самом начале беседы.

- Проблемный анализ.

*Аспекты анализа проблемы:*

1) Условия в настоящее время: в чем заключается проблема, как она проявляется здесь и теперь. Какие внутренние и внешние ситуации способствуют возникновению проблемы? Какие восприятия, ощущения, наблюдения, какие когнитивные оценки, какие эмоциональные реакции, какое поведение, какие действия, их последствия и противодействия порождают проблему?

2) История жизни пациента: Откуда взялась проблема? Предшествовали ли проблеме какие-либо переживания, которые могли способствовать ее возникновению. Когда, где и как возникла проблема? Как она менялась с течением времени?

3) Функциональное значение: Каков смысл этой проблемы? Как ее существование упорядочивает теперешние межличностные отношения? Какой смысл имеет эта проблема в теперешней жизненной ситуации пациента? Для чего она нужна? В чем её возможная польза?

*Три черты определения проблемы.*

1) Формулировка должна включать личное местоимение «Я» и конкретное содержание (а не общие и абстрактные слова), чтобы пациент мог отождествлять себя со своей проблемой, в качестве активного участника событий, а не только лишь лица, пассивно переживающего происходящее.

2) При объяснении проблемы следует, насколько это возможно, давать ее различные аспекты, что сделает понятными для пациента вытекающие отсюда психотерапевтические стратегии и облегчит ему активное сотрудничество с психотерапевтом.

3) Конкретные указания, по поводу действий, направленных на решение проблемы. При первоначальном изложении

- Рефрейминг отношения к терапии.

• Техники работы с амбивалентностью отношения к терапии: внимание первоначально при назначении терапии рекомендуется остановить на негативных аспектах отказа от лечения, а затем предлагается подробно проанализировать возможные выгоды от сотрудничества с врачом.

• Мотивационное интервью: открытые вопросы; поощрение и поддержка; активное слушание; обобщение / резюмирование.

### **5.16. Психокоррекции отношений в целях гармонизации супружеских отношений и создания благоприятных условий освоения родительских ролей**

- Информирование.
- Транзактный анализ.
- Работа с метафорическими ассоциативными картами.
- Заключение контракта.
- Упражнение «Семейная скульптура».
- Упражнение «Разговор больших пальцев». Цель: развитие взаимопонимания с партнером.

Партнеры по паре большими пальцами ведут «разговор» друг с другом. Во время разговора они могут толкать и поглаживать, нежно обвивать друг друга и т. п. Ведущий предлагает пальцам обменяться какой-либо информацией, завести разговор на какую-нибудь тему. Через фиксированное время, например, одну минуту, партнерам предлагается выяснить друг у друга, как они поняли взаимные сообщения. При обсуждении каждый участник делится впечатлениями о полученном опыте, о том, что способствует и что препятствует взаимопониманию.

• Упражнение «Сиамские близнецы». Цель: развитие взаимопонимания с партнером. Пара договаривается между собой, кто за кого будет сейчас отвечать. На вопросы, заданные одному человеку, отвечает другой, стремясь угадать, как бы на его вопросы отвечал напарник. Напарник слушает и мысленно отмечает, в чем отвечающий за него, был прав, а где ошибся. Вопросы можно задавать любые, но желательно ориентированные на трудности воспитания детей, неоднозначность периода беременности, страхов материнства и отцовства, предстоящих родов, профессиональное самоопределение женщины после рождения малыша и т. п. Вопросы формулируются в виде неоконченных предложений: «Если мой ребенок не будет слушаться меня, то ...», «Если у меня не будет молока, ...», «Я выйду на работу, когда ...» и т. д. Обсуждение результатов проходит по схеме: впечатления молчащего партнера (он сообщает о качественных совпадениях и поразивших его ошибках); впечатления отвечавшего партнера (он отмечает, за счет чего было отвечать легко и почему — трудно); обсуждение впечатлений и ожиданий участников.

- Изменение установок (модель РЭТ).
- Коррекция иррациональных способов мышления (когнитивная терапия).

- Беседа с супругами о будущем ребенке, обучение их приемам общения с плодом, установления с ним обратной связи.

- Упражнение «Я — родитель» (скульптура). Цель: осознание себя в роли родителя, обсуждение этой роли со своим супругом. Упражнение состоит из двух частей.

Инструкция: Работа происходит в парах. Каждый для себя сначала должен сформулировать 3 качества, чувства, которые он хочет передать своему ребенку. Затем без помощи слов супруги создают скульптуры, по очереди осуществляя свой замысел. При этом автор идеи одновременно является Скульптором и Родителем, а партнер — исполняет роль Ребенка. Без помощи слов Скульптор помогает принять Ребенку такое положение тела, которое требуется по замыслу, и встает рядом, довершая скульптуру. Из созданной скульптуры должно быть понятно, что Родитель хочет передать своему Ребенку. Супруги должны постоять скульптурой 1,5–2 мин, чтобы обозначились мышечные зажимы и неудобства позы.

Далее супруги в паре меняются ролями: Скульптор становится Ребенком, а супруг, исполнявший роль Ребенка, — Родителем и Скульптором. Обсуждение: каждый супруг рассказывает свою задумку, что он хотел передать своему ребенку. Сразу же получает обратную связь от партнера — было ли ему удобно стоять в этой позе; понял ли он идею создателя, в чем испытывал дискомфорт. В обсуждении ведущий должен сделать акцент на том, что обратная связь — это и есть голос самого ребенка, то же самое испытывает и реальный ребенок. Услышав обратную связь, можно понять, что не приемлемо для ребенка в манере воспитания конкретного родителя.

После первоначального опыта пребывания в роли Родителя и Ребенка, предлагается создать совместно со своим супругом аналогичную скульптуру, реализовав общую идею. Супруги должны согласовать: что же они будут передавать своему ребенку.

- Упражнение «Эхо». Цель: помочь участникам группы испытать состояние эмпатического слушания и сравнить в опыте отражение чувств и отражение содержания.

Инструкция. Упражнение выполняется в парах. Первый член пары искренне произносит какую-то эмоционально окрашенную фразу, касающуюся протекания беременности. Второй участник последовательно выполняет два задания: сначала повторяет своими словами содержание того, что он услышал (отражение содержания), а затем пытается определить чувство, которое, по его мнению испытывает его

партнер в момент говорения (отражение чувств). Партнер оценивает точность обоих отражений. Желательно приобрести навык отражения чувств не в произвольной паре, а со значимым человеком.

После выполнения упражнения в парах группа обсуждает его по схеме: какие трудности были у Вас во время выполнения упражнения? какие чувства Вы испытали? что затрудняет или облегчает отражение чувств?

- Упражнение «Хамелеон». Цель: научиться произвольно контролировать выражение лица во взаимодействии с ребенком.

Инструкция. Участники группы берут в руки зеркало и, глядясь в него, принимают различные выражения лица. Ведущий предлагает зафиксировать, в каком настроении каждому больше нравится его облик, потом в каком — не нравится. Теперь мы выстраиваем (постоянно смотрясь в зеркало) образ умных и проницательных родителей. Ведущий предлагает темы. Выражение моего лица, когда мой ребенок: непрерывно плачет и капризничает; не хочет идти ко мне на руки; описался в непредвиденной ситуации; сделал первый шаг; получил оценку «5» и т.д.

- Коррекционные родительские группы и группы поддержки.
- Невербальные психогимнастические приемы: «Движение в темноте», «Восковая палочка», ролевая игра «Поводырь и слепой» и т.д.
- Упражнение «Я хотел(а) бы, чтобы ты...».
- Исследование вариантов развития событий. «До тех пор, пока Вы так считаете, переживаете о ..., как Вы будете себя чувствовать? Полезно ли для Вас продолжать так себя чувствовать? К каким результатам Вы можете прийти?».

- Техника «Работа с чувством зависимости» (Малкина-Пых И. Г.).

- 1) Найдите спокойное место, расслабьтесь.

- 2) Определите другого человека. Представьте того, от кого вы, по вашему мнению, зависимы или кто наполняет все ваши чувства.

- 3) Почувствуйте, что вы связаны с этим человеком. Представьте, что этот человек стоит рядом с вами. Что Вы ощущаете, находясь рядом с ним. Особенно обратите внимание на чувство связи с этим человеком. Теперь обратите внимание на то, что дает вам чувство связанности с ним. Может быть, у вас возникает ощущение, что вы связаны физически? Может быть, это непосредственная связь между вашими телами, а может быть, вы соединены с помощью нитей или еще как-нибудь? Обратите внимание на то, где происходит соединение. Многие люди ощущают эту связь в области желудка, груди или паха. Полно-

стью ощутите эту связь, проанализируйте, как она выглядит и что вы при этом чувствуете.

4) Временная независимость. А теперь постарайтесь порвать эту связь, хотя бы на мгновение. Что вы при этом почувствуете? Вы можете сделать это, если представите, что ваша рука стала острой как бритва и вы перерезаете или рвете связывающую вас нить. Большинство людей чувствуют себя при этом очень неудобно. Это означает, что данная связь играла в их жизни важную роль. На данном этапе вам не следует еще действительно рвать эту связь, так как вы еще не нашли ей серьезную замену.

5) Найдите позитивную цель. Спросите себя: «Что я действительно хочу от этого человека? Приносит ли мне это удовлетворение?» Затем спросите: «А какую пользу это мне приносит?» Продолжайте задавать себе этот вопрос до тех пор, пока вы не дойдете до самой сути ответа. Это может быть уверенность, безопасность, защита, любовь или чувство собственного достоинства.

6) Развивайте ваше «Я». А сейчас повернитесь вправо (некоторые люди предпочтут повернуться влево) и создайте полный трехмерный образ себя, превзошедшего ваш уровень. Это тот же вы, но обогнавший вас в развитии. Он способен разрешить проблемы, с которыми вы столкнулись в данный момент. Он любит и ценит вас, он стремится воспитать и защитить вас. Он может дать вам то, к чему, как мы выяснили на четвертом этапе, вы действительно стремитесь. Вы можете обратить внимание на то, как он движется, какое у него выражение лица, как звучит его голос, вы можете прикоснуться к нему, чтобы почувствовать какой он, этот ваш более опытный двойник. Если вы не можете увидеть себя, постарайтесь другого себя почувствовать. Некоторые люди ощущают тепло или видят свет, окружающий более развитого двойника.

7) Трансформируйте связь с другим человеком в связь с собственным «Я». Вновь обратитесь к тому человеку, с которым вы связаны. Увидьте и почувствуйте существующую между вами связь. После этого быстро порвите то, что вас связывает, и немедленно соединитесь со своим развитым «Я». Либо переместите образ этого человека в другое место и там, где раньше был его образ, представьте свое другое «Я». При этом новая связь должна выглядеть точно так же, как и предыдущая. Насладитесь возникшим чувством зависимости от человека, на кого вы всегда можете положиться: самого себя. Поблагодарите это ваше «Я» за то, что оно здесь, рядом с вами. Отныне у вас есть компа-

ньон, который поведет вас за собой в будущее, прокладывая вам дорогу, охраняя вас.

8) Уважение к другому. Оглянитесь на человека, с которым вы были связаны. Обратите внимание на оборванные нити, соединявшие вас. Убедитесь, что у этого человека есть возможность восстановить оборванную связь, присоединив ее к себе самому. Если нить, соединявшая вас, исходила у него из пупка, посмотрите, как она возвращается к нему в сердце. Если между вами не существовало никаких связующих нитей, то представьте, что этот человек соединяется со своим собственным развитым «Я» точно так же, как это только что произошло с вами. Увиденное позволит вам почувствовать, что этот человек также выиграл от происшедшего, так как приобрел более сильное чувство собственной личности. Почувствуйте, как выиграли от случившегося ваши с ним отношения.

9) Усиление вашей связи с собственным «Я». А теперь вновь вернитесь к своему развитому «Я», с которым вы отныне связаны. Войдите в него и оттуда посмотрите на себя. После того как вы полностью насладитесь новым ощущением, вернитесь на свое прежнее место, сохранив в себе это чувство.

10) Перенесение в будущее. Обратите внимание на то, что изменится, если вы представите, что отныне вы связаны с людьми на более прочном основании. Представьте, что вы отправляетесь в будущее, взяв в качестве спутника свое новое «Я». Вы можете почувствовать, как это «Я» справляется с теми трудностями, которые возникают у вас на пути.

### **5.17 Оказание поддержки в принятии женщиной ответственности за решение**

- Мотивационное интервью: открытые вопросы; поощрение и поддержка; активное слушание; обобщение / резюмирование.
- Техника переименования симптомов.
- Расширение набора копинг-стратегий.
- Переформулирование проблем. Предлагается составить список своих проблем, начиная описание каждой словами: «Я не могу.». А потом переписать всё, заменив «Я не могу» на «Я не хочу». Что получилось? Что Вы чувствуете? Это неправда? В результате этого упражнения, можно дать возможность почувствовать, какие проблемы истинные, а какие — ложные, ощутить себя человеком с высоким самоуважением.

- Техника когнитивной реатрибуции. Проверяются предположения о том, кто (или что) в действительности несет ответственность за те или иные события. Психолог и клиент рассматривают альтернативные причины событий. Техника реатрибуции предполагает проверку реальности и исследование всех фактов, которые повлияли на возникновение ситуации. Она включает следующие приемы:

- 1) проверку наполненности когниций клиента реальным содержанием. Осуществляется переход к более содержательному и многостороннему представлению об объекте неадекватной цепочки суждений (своем «Я», сфере деятельности, взаимоотношениях с другим человеком и т.п.).

- 2) Выявление несостоятельности представлений клиента о причинах неадекватной его цепочки суждений. Объектом воздействия на этой стадии являются здравые суждения, которыми клиент привычно обосновывает свое чувство вины, тревогу, неполноценность, проявления агрессивности.

- 3) Закрепление новых атрибуций (в дискуссии, ролевой игре, в повседневной жизни).

- Исследование вариантов развития событий. «До тех пор, пока Вы так считаете, переживаете о ..., как Вы будете себя чувствовать? Полезно ли для Вас продолжать так себя чувствовать? К каким результатам Вы можете прийти?»

### **5.18. Мотивирование женщины на обращение в ПНД (при необходимости)**

- Информирование.
- Мотивационное интервью: открытые вопросы; поощрение и поддержка; активное слушание; обобщение / резюмирование.
- Беседа.
- Техники работы с амбивалентностью отношения к рекомендациям: внимание первоначально рекомендуется остановить на негативных аспектах отказа от следования рекомендациям, а затем предлагается подробно проанализировать возможные выгоды от сотрудничества со специалистами.

### **5.19. Мотивирование женщины на обращение в ЦСПСиД за социальной поддержкой в послеродовом периоде**

- Информирование.

- Мотивационное интервью: открытые вопросы; поощрение и поддержка; активное слушание; обобщение / резюмирование.
- Беседа.
- Техники работы с амбивалентностью отношения к рекомендациям: внимание первоначально рекомендуется остановить на негативных аспектах отказа от следования рекомендациям, а затем предлагается подробно проанализировать возможные выгоды от сотрудничества со специалистами.



### Список используемой и рекомендуемой литературы

1. Алешина Ю.Е. Исследования развода в западноевропейских странах и США и консультативная служба // Служба семьи: изучение опыта и принципов организации / Ред. З.А. Янкова, А.Ф. Северина. М., 1981.
2. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. — Изд. 2-е. — М.: Независимая фирма “Класс”, 1999. — 208 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).
3. Алешина Ю.Е., Гозман Л.Я. Отношение к себе и отношение к другим // Вести Моск. ун-та. Серия “Психология”, 1981, № 4.
4. Алешина Ю.Е., Гозман Л.Я., Дубовская Е.М. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений: Спецпрактикум по социальной психологии. М., 1987.
5. Алешина Ю.Е., Данилин К.Е., Дубовская Е.М. Спецпрактикум по социальной психологии: опрос, семейное и индивидуальное консультирование. М., 1989.
6. Алешина Ю.Е., Петровская Л.А. Психологическая компетентность пропагандиста. Библиотечка психологии общения. М., 1989.
7. Алмазов Б.Н., Психология социального отчуждения. — Екатеринбург: Издательский дом «Уральская государственная юридическая академия», 2007. -214 с.
8. Андерсон Б. Воображаемые сообщества. М., 2016.
9. Андреева Г.М. Социальная психология. М., 1980.
10. Атватер Н. Я вас слушаю... М., 1988.
11. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. М., 1988.
12. Бобнева М. И., Шорохова Е.В. Социальная психология личности. М., 1979.
13. Бодалев А.А., Столин В.В. Общая психодиагностика. М., 1987.
14. Буртынский Д.Л., Кристаль В.В. Сексуальная дисгармония супружеской пары и ее коррекция: Учебное пособие для врачей. Харьков, 1982.
15. Варга А.Я. Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции (на примере энуреза) // Вести Моск. ун-та. Серия “Психология”, 1985, № 4.
16. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М., 1984.
17. Василюк Ф.Е. Уровни построения переживания и методы психологической помощи. Вопросы психологии, 1988. № 5.
18. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М., 1964.
19. Герцен А. Русский народ и социализм / избранные произведения. В 2 т. М., 1948. Т. 3.
20. Горбунов Л.И. Некоторые особенности понимания больных шизофренией их родственниками // Проблемы медицинской психологии. М., 1976.
21. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. М., 1982.
22. Ицкович М.М. Ценностно-смысловые детерминанты поведения сотрудников УИС. Екатеринбург. 2016.
23. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., 1985.

24. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования: Пер. с лит. — М.: Академический Проект, 1999. — 240 с.
25. Клейберг Ю. Психология девиантного поведения. М., 2004.
26. Кнебель М.И. Поэзия педагогики. М., 1976.
27. Коломинский Я.Л., Мелтсас М.Х. Половое развитие ребенка в дошкольном возрасте // Генетические проблемы социальной психологии / Ред. Я.Л. Коломинский, М.М. Лисина. Минск, 1985.
28. Кон И.С. В поисках себя. М., 1984.
29. Кон И.С. Введение в сексологию. М., 1989.
30. Леви Вл. Везет же людям. М., 1988.
31. Леви Вл. Цвет судьбы. М., 1988.
32. Леонгард К. Акцентуированные личности. М., 1981.
33. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики. М., 1998.
34. Мацковский М.С. Социология семьи: Проблемы теории, методологии и методики. М., 1989.
35. Мид М. Культура и мир детства. М., 1988.
36. Мицич П. Как проводить деловую беседу. М., 1984.
37. Мишина Т.И. Исследования семьи в клинике и коррекция семейных отношений // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Ред. М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. Л., 1983.
38. Мухина В.С. Личность: мифы и реальность. Екатеринбург. 2007.
39. Неру Д. Всемирная история. М., 1974.
40. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М. 1987.
41. Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. М., 1982.
42. Поляков Ю.Ф., Спиваковская А.С. Психологическая коррекция: ее роль и место в профилактике заболеваний // Современные формы и методы организации психологической и психопрофилактической работы. Л., 1985.
43. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. М., 1990.
44. Семья в психологической консультации. Опыт и проблемы психологического консультирования / Ред. А.А. Бодалев, В.В. Столин. М., 1989.
45. Смехов В.А. Опыт психологической диагностики и коррекции конфликтного общения в семье // Вопросы психологии, 1985, № 4.
46. Столин В.В. Психологические основы семейной терапии. Вопросы психологии, 1987, № 6.
47. Троцкий Л. Их мораль и наша. / Мировая революция. М., 2012.
48. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство. М., 1992.
49. Фергюсон Н. Цивилизация. Чем Запад отличается от остального мира. М., 2014.
50. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса. СПб., 2002.
51. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.
52. Франкл В. Человек в поисках смысла (Библиотека зарубежной психологии). М., 1990.

53. Фромм Э. Бегство от свободы. М., 1998.
54. Фромм Э. Бегство от свободы. М., 1990.
55. Фромм Э. Иметь или быть. М., 1989.
56. Фромм Э. Искусство любви. Исследование природы любви. М., 1990.
57. Фукуяма Ф. Государственный порядок. М., 2015.
58. Фукуяма Ф. Конец истории. М., 2004.
59. Хараши А.У. Личность, сознание и общение: к обоснованию интерсубъективного подхода в исследовании коммуникативных воздействий // Психолого-педагогические проблемы общения. М., 1981.
60. Цзен И.В., Пахомов Ю.В. Психотехнические игры в спорте. М., 1985.
61. Шафаревич И. Записки русского экстремиста. М., 1991.
62. Шибутани Т. Социальная психология. М., 1965.
63. Шостром Э. Анти-Карнеги, или человек-манипулятор. Минск, 1992.
64. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л., 1990.
65. Энгельс Ф. Происхождение семьи, частной собственности и государства. М., 1964.
66. Этические принципы скандинавских психологов // Вопросы психологии, 1981, № 1.
67. Эткин А.М. Психологическая практика и академическая психология: расхождения когнитивной структуры внутри профессии // Вопросы психологии, 1987, № 4.
68. Ясперс К. Смысл и назначение истории. М., 1991.
69. Bane M.G. Marital distraction and the lives of children. In: Divorce and separation / Eds. Levinger G., Moles O.C. N.Y., 1979.
70. Bateson G., Jakson D.D., Haley J., Weakland J. Toward a theory of schizophrenia // Behavioral Science, 1956, VI.
71. Berg B., Kelly R. The measured self-esteem of children from broken, rejected and accepted families // Journal of Diverse, 1979, V. 2, № 4.
72. Berscheid E., Walster E.H. Interpersonal attraction. California, 1969.
73. Corey G. Theory and practice of Counseling and Psychotherapy. California, 1977.
74. Dahlberg C.C. Sexual contact between patient and therapist // Symposium on love / Ed. Gurtin M.E. N.Y., 1973.
75. Eshleman I.R. The family. An introduction. N.Y., 1981.
76. Frankl V. The will to meaning. N.Y., 1969.
77. Gaunt St. The first interview in marriage guidance // NMGC research paper. 1985, № 2.
78. Gurman A.S., Kniskern D.P. (eds.) Handbook of Family Therapy. N.Y., 1981.
79. Horney K. Our inner conflict. N.Y., 1945.
80. Horney K. The neurotic personality of our time. N.Y., 1937.
81. Jacobson N.S., Margolin G. Marital Therapy: Strategies based on social learning and behavioral exchange principles. N.Y., 1979.
82. Jung C.G. Modern man in search of soul. London, 1970.
83. Kast V. A time to mourn. Growing through a grief process // Einsedein, Switheland, 1988.

84. Kelly H. Personal relationships. The structures and processes. — New Jersey, 1979.
85. Kelly J.B., Wallerstein J.S. The effects of parental divorce. Experience of the child in early latency // American Journal of Orthopsychiatry. 1976. V.7.
86. Leary T. Interpersonal diagnosis of personality. N.Y., 1957.
87. Levinger G., Moles O.C. Divorce and separation. N.Y., 1979.
88. Liberman R.P. Behavioral approaches to family and couple therapy // American Journal of Orthopsychiatry. 1970. V. 40.
89. Lowen A. The betrayal of the body. N.Y., 1967.
90. Minuchin S.J. Families and family therapy. London, 1974.
91. Nye F.J. Role structure and analysis of the family. London, 1976.
92. Robbins N.N. Legal standards for determining “Best interests of child” // The Family Coordinator. 1974. V. 23, № 1.
93. Rogers C. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships in the client-centered framework // Psychology: A study of a science. 1959. № 3.
94. Rogers C. The process of basic encounter groups. N.Y., 1971.
95. Satir V. Conjoint family therapy. California, 1983.
96. Schafer R. The analytical attitude. N.Y., 1983.
97. Sterlin H. Family theories: an introduction. Operational theories of personality. N.Y., 1974.
98. Wirching M. Krebs im Context. Patient, Familie und Behandlungssystem. Klett-Cota, 1988.
99. Yalom I.D. The theory and practice of group psychotherapy. N.Y., 1975.

# **КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ**

*(учебно-методическое пособие)*

## **Часть 2**

**Юридические комментарии к ситуациям  
кризисного репродуктивного консультирования**

### **Рецензенты:**

**Чадова Е.А.**, заместитель Министра здравоохранения Свердловской области;

**Татарева С.В.**, начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области;

**Зильбер Н.А.**, главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Свердловской области.

### **Авторы-составители:**

**Ветчанинова Анастасия Ивановна**, юрисконсульт научно-методического образовательного центра психосоциальной помощи беременным, матерям и детям в трудной жизненной ситуации в Министерстве здравоохранения Свердловской области.

**Ицкович Марк Матусович**, канд. психол. наук, доцент кафедры общей и социальной психологии Уральского федерального университета; организатор медико-социальной службы по охране материнства и детства Министерства здравоохранения Свердловской области.

## Глава 1. Жилищные проблемы

### Недостаточность, временное отсутствие жилья, отсутствие жилья

В ситуации недостаточности или отсутствии жилья резонно рассмотреть вопрос о заключении договора социального найма. В соответствии с жилищным законодательством по договору социального найма предоставляется жилое помещение государственного или муниципального жилищного фонда.

Для того, чтобы претендовать на социальное жилье необходимо оформить статус малоимущей семьи. Следует иметь в виду, что жилые помещения по договорам социального найма не предоставляются иностранным гражданам, лицам без гражданства.

Для временного поселения вынужденных переселенцев и лиц, признанных беженцами, создан отдельный специализированный фонд жилых помещений.

Договор социального найма жилого помещения заключается без установления срока его действия.

Учетная норма площади жилого помещения устанавливается органом местного самоуправления.

Так, например, в Екатеринбурге в соответствии с Постановлением Главы города Екатеринбурга от 31 августа 2005 г. № 824 «Об утверждении учетной нормы площади жилого помещения и нормы предоставления площади жилого помещения, действующих на территории муниципального образования «город Екатеринбург»»

Учетная норма площади жилого помещения на территории муниципального образования «Город Екатеринбург», исходя из которой определяется уровень обеспеченности малоимущих граждан общей площадью жилого помещения в целях их принятия на учет в качестве нуждающихся в жилых помещениях, установлена в размере 10 кв. м общей площади на одного человека.

Норма предоставления площади жилого помещения по договору социального найма на территории муниципального образования «Город Екатеринбург», исходя из которой определяется размер общей площади жилого помещения, предоставляемого малоимущим гражданам по договору социального найма, установлена в размере 16 кв. м общей площади на одного человека.

Главы администраций районов осуществляют принятие на учет малоимущих граждан в качестве нуждающихся в жилых помещени-

ях, снятие с учета таких граждан и предоставление жилых помещений муниципального жилищного фонда по договорам социального найма малоимущим гражданам, состоящим на учете в качестве нуждающихся в жилых помещениях, руководствуясь утвержденными учетной нормой и нормой предоставления.

### **Съемное жилье, общежитие**

Конкретная помощь беременной женщине в такой ситуации зависит от индивидуальных обстоятельств.

Так, например, если общая площадь занимаемого семьей жилого помещения меньше нормативной или помещение не отвечает установленным для жилых помещений требованиям, то она имеет право встать на учет граждан в качестве нуждающейся в жилом помещении по договорам социального найма. Такой учет ведут органы местного самоуправления.

Возможно, имеет смысл, вступить в различные ипотечные программы, которые предоставляются молодым семьям, подыскать вариант подходящей государственной жилищной программы или программы обеспечения жильем сотрудников конкретного учреждения.

На территории Российской Федерации действует Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей».

На территории Свердловской области действует Закон Свердловской области № 86-ОЗ от 20.10.2011 г. «Об областном материнском (семейном) капитале» разработан на основании федерального законодательства.

Так, у женщин, родивших (усыновивших) второго ребенка или последующих детей появляется право на дополнительные меры государственной поддержки («Материнский капитал»).

Выплата денежных средств осуществляется как из федерального бюджета, так и бюджета Свердловской области одновременно.

Распоряжаться полученными средствами можно по следующим направлениям:

- 1) улучшение жилищных условий;
- 2) получение образования ребенком (детьми);
- 3) формирование накопительной пенсии для женщин;
- 4) приобретение товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов.



## Угроза выселения

Помощь в такой ситуации должна быть индивидуальна.

Прежде всего необходимо выяснить при каких обстоятельствах женщине грозит выселение.

При проведении капитального ремонта или реконструкции дома государство обязано предоставить на время проведения капитального ремонта или реконструкции другое жилое помещение специализированного жилищного фонда.

В соответствии со ст. 95 Жилищного кодекса:

Жилые помещения маневренного фонда предназначены для временного проживания:

1) граждан в связи с капитальным ремонтом или реконструкцией дома, в котором находятся жилые помещения, занимаемые ими по договорам социального найма;

2) граждан, утративших жилые помещения в результате обращения взыскания на эти жилые помещения, которые были приобретены за счет кредита банка или иной кредитной организации либо средств целевого займа, предоставленного юридическим лицом на приобретение жилого помещения, и заложены в обеспечение возврата кредита или целевого займа, если на момент обращения взыскания такие жилые помещения являются для них единственными;

3) граждан, у которых единственные жилые помещения стали непригодными для проживания в результате чрезвычайных обстоятельств;

4) иных граждан в случаях, предусмотренных законодательством.

В соответствии со статьей 15 Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»

— наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе;

— наличие ребенка или детей (в том числе находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации;

— отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними;

— наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими

пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличие насилия в семье;

— являются основаниями для признания граждан, нуждающимися в специальной социальной защите. Для этих категорий лиц в соответствии с жилищным законодательством создан Фонд жилых помещений для социальной защиты отдельных категорий граждан (статья 98 Жилищного Кодекса).

Если женщина опасается выселения вследствие взыскания по долгам, то согласно ст. 446 Гражданско-процессуального кодекса РФ обращение взыскания не допускается на жилое помещение должника и совместно проживающих с ним членов его семьи, для которых данное помещение является единственным пригодным для постоянного проживания (за исключением, если оно является предметом залога по ипотеке).

### **Жилье положено по закону, но фактически его нет (у выпускников д/домов, обманутых дольщиков)**

В первую очередь необходимо направить беременную женщину на индивидуальную юридическую консультацию. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 324-ФЗ «О бесплатной юридической помощи в Российской Федерации» дети-инвалиды, дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также их законные представители и представители могут получить такую консультацию бесплатно.

В соответствии с Жилищным кодексом существует Фонд жилых помещений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Учет помещений такого фонда ведет Администрация города или иного населенного пункта. В подобной ситуации следует обратиться с заявлением о предоставлении такого помещения.

Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не могут быть выселены из специализированных жилых помещений без предоставления других благоустроенных жилых помещений, которые должны находиться в границах соответствующего населенного пункта.

В целях решения проблем обманутых дольщиков в июне 2011 года был принят Закон Свердловской области от 24 июня 2011 года № 50-ОЗ «О поддержке граждан, пострадавших от деятельности юридических

лиц по привлечению денежных средств граждан, связанному с возникновением у граждан права собственности на жилые помещения в многоквартирных домах».

Областной закон № 50 направлен на решение проблемы обманутых дольщиков, ставших жертвами мошенников и не имеющих права (требования) в отношении объектов незавершенного строительства, земельного участка или иного имущества недобросовестного застройщика.

Органом уполномоченным на осуществление государственного контроля (надзора) в области долевого строительства, в настоящее время Департаментом государственного жилищного и строительного надзора Свердловской области осуществляется прием заявлений от граждан с целью включения их в реестр нуждающихся в поддержке граждан, пострадавших от деятельности недобросовестных застройщиков для оказания поддержки.

Важно, чтобы семья, чьи права были нарушены вследствие неисполнения договора долевого участия, обратилась за постановкой на подобный учет.

Жилищные права подлежат защите в суде.

## **Бездомные**

Наличие штампа о регистрации в паспорте не имеет никакого значения для получения человеком медицинской помощи. Статья 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гласит, что «каждый имеет право на медицинскую помощь».

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств.

Следует учитывать, что в соответствии с ч. 1 ст. 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая.

Таким образом, независимо от того, есть или нет у беременной место жительства, регистрация, она имеет право получать все основные базовые виды медицинской помощи в любой точке России при на-

личии у нее полиса обязательного медицинского страхования. Поэтому первоочередная помощь такой категории лиц заключается в оформлении полиса.

В соответствии со статьей 15 Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» отсутствие определенного места жительства, в том числе у лица, не достигшего возраста двадцати трех лет и завершившего пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; отсутствие работы и средств к существованию являются основаниями для признания граждан, нуждающимися в специальной социальной защите.

Для этих категорий лиц в соответствии с жилищным законодательством создан Фонд жилых помещений для социальной защиты отдельных категорий граждан (статья 98 Жилищного Кодекса).

Учет помещений такого фонда ведет Администрация города или иного населенного пункта. В подобной ситуации следует обратиться с заявлением о предоставлении такого помещения.

Кроме того, в настоящее время на территории Российской Федерации действуют организации по оказанию помощи бездомным, которые оказывают временную помощь как финансовую, юридическую так и психологическую. В Екатеринбурге и Свердловской области также действуют подобные общественные и некоммерческие организации, которые помогают нуждающимся.

Если говорить о государственной помощи таким гражданам, то можно выделить комплексные центры социального обслуживания населения. Они есть в каждом районе, и среди потенциальных получателей помощи как раз значатся граждане, которые попали в трудную жизненную ситуацию.

## **Глава 2. Материальные проблемы**

### **Имеющиеся материальные затруднения**

#### **Низкие доходы**

В подобной ситуации следует рекомендовать женщине приобрести статус малоимущей.

Законодательные нормы РФ на федеральном и региональном уровне определяют порядок предоставления льгот и пособий мало-

обеспеченным семьям. Государство на федеральном и региональном уровне оказывает поддержку малоимущим семьям, выплачивая им денежные пособия и предоставляя льготы.

Порядок установления статуса малоимущей семьи регулируется Федеральным законом от 05.04.2003 № 44-ФЗ «О порядке учета доходов и расчета среднедушевого дохода семьи и дохода одиноко проживающего гражданина для признания их малоимущими и оказания им государственной социальной помощи»

Расчет среднедушевого дохода семьи и дохода одиноко проживающего гражданина для решения вопроса о признании их малоимущими и об оказании им государственной социальной помощи осуществляется органом социальной защиты населения по месту их жительства либо пребывания

Среднедушевой доход семьи при решении вопроса о признании ее малоимущей и об оказании ей государственной социальной помощи рассчитывается путем деления одной трети суммы доходов всех членов семьи за расчетный период на число членов семьи.

Семья, в которой средний доход, рассчитанный на одного человека, не превышает установленной регионом величины прожиточного минимума, может быть признана малоимущей.

Федеральная помощь предоставляется в следующих формах:

- Налоговые льготы.
- Жилищные субсидии.
- Юридическая помощь, оказываемая бесплатно.
- Льготы в образовании.
- Натуральная помощь (одежда, продукты и пр.)

Для получения официального статуса малоимущей семьи женщина может обратиться в одну из следующих инстанций Портал государственных услуг Российской Федерации: gosuslugi.ru, Отделение соцзащиты по месту жительства;

Необходимо отметить, что малообеспеченные имеют право получать как пособия, обусловленные их социальным статусом, так и те, которые положены всем без исключения категориям граждан при наступлении определенных условий. То есть получение помощи в связи с «малообеспеченностью» не лишает их права претендовать на выплаты общего характера.

В ситуации, когда родители не справляются с содержанием своих детей, Семейный кодекс РФ позволяет в случае невозможности получения содержания от своих родителей несовершеннолетним нуждаю-

щимся детям получить содержание от других членов семьи (бабушек, дедушек, братьев, сестер). В подобной ситуации имеет смысл обратиться за помощью и к другим родственникам.

### **Женщина является кормильцем семьи, отсутствие алиментов, детских пособий**

В такой ситуации важно распределить ответственность за воспитание и содержание имеющегося ребенка между его матерью и отцом, поскольку оба родителя несут равные обязанности по его содержанию и обеспечению законных интересов (ст. 80 Семейного кодекса РФ).

Вне зависимости от наличия зарегистрированного брака мужчина является отцом будущего ребенка, а соответственно несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

Для того, чтобы у женщины были гарантии исполнения мужчиной свои обязанностей родителя необходимо установить отцовство ребенка, если он был рожден не в браке.

Это можно сделать как в добровольном порядке путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка, так и в судебном путем подачи искового заявления в суд.

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка, а также обязанность его воспитывать. Что, безусловно, окажет женщине неоценимую помощь как в виде дополнительного дохода на содержание ребенка, так и помощь в его воспитании, образовании.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

Кроме того, отпуска по уходу за ребенком могут быть использованы полностью или по частям также отцом ребенка, бабушкой, дедом, другим родственником или опекуном, фактически осуществляющим уход за ребенком. То есть мать ребенка может позволить себе продолжать трудовую деятельность и обеспечивать семью.

Если отец ребенка умер, женщине следует обратиться в органы социального обслуживания населения за оформлением социальных пособий по потере кормильца. Размер пособий устанавливается с учетом конкретных обстоятельств дела. Так например, дополнительные льготы положены по смерти кормильца военнослужащего или служащего МВД.

Также возможно начисление страховой пенсии родственникам кормильца, если они находились у него на иждивении и нетрудоспособны.

Все социальные пособия подлежат обязательной индексации. Их оформление возложено на Пенсионный фонд РФ. Для получения пособий необходимо будет предоставить документы, подтверждающие смерть отца ребенка.

Если средний доход, рассчитанный на одного человека, не превышает установленной регионом величины прожиточного минимума, то семья может быть признана малоимущей.

Для получения официального статуса малоимущей семьи женщина может обратиться в одну из следующих инстанций:

- Портал государственных услуг Российской Федерации gosuslugi.ru,
- Отделение соцзащиты по месту жительства;

### **Кредиты, ипотека, различные долги**

Каждая подобная ситуация требует индивидуального консультирования. Как правило, банковские организации идут навстречу семьям, где в период пользования кредитом рождается ребенок, и дают согласие на рассрочку или реструктуризацию задолженности.

Следует сказать, что у женщин, родивших (усыновивших) второго ребенка или последующих детей появляется право на дополнительные меры государственной поддержки («Материнский капитал»), средства которого можно потратить в том числе на погашение жилищного займа.

Выплата денежных средств осуществляется, как из федерального бюджета, так и бюджета Свердловской области одновременно.

Распоряжаться полученными средствами можно по следующим направлениям:

- 1) улучшение жилищных условий;
- 2) получение образования ребенком (детьми);
- 3) формирование накопительной пенсии для женщин;
- 4) приобретение товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов.

Если беременная женщина опасается угроз со стороны коллекторов, то нужно довести до нее информацию, что был принят Федеральный закон «О защите прав и законных интересов физических лиц при осуществлении деятельности по возврату просроченной задолженности и о внесении изменений в Федеральный закон «О микрофинансовой деятельности и микрофинансовых организациях» от 03.07.2016 № 230-ФЗ.

В соответствии с которым, не допускается осуществление действий, связанных в том числе с:

- применением (угрозой применения) физической силы, угрозой убийством или причинения вреда здоровью;
- уничтожением или повреждением имущества;
- применением методов, опасных для жизни и здоровья людей;
- оказанием психологического давления, использованием выражений и совершением иных действий, унижающих честь и достоинство должника;
- введением в заблуждение относительно, в том числе, размера неисполненного обязательства, передачи вопроса о возврате просроченной задолженности на рассмотрение суда, возможности применения мер уголовного преследования.

По инициативе коллектора не допускается непосредственное взаимодействие с должником в рабочие дни в период с 22 до 8 часов и в выходные и нерабочие праздничные дни в период с 20 до 9 часов по местному времени по месту жительства (пребывания) должника.

Ограничено взаимодействие посредством личных встреч — более одного раза в неделю, посредством телефонных переговоров — более одного раза в сутки, двух раз в неделю, восьми раз в месяц.

При выявлении подобного противоправного поведения со стороны коллекторов следует незамедлительно обращаться в полицию.

### **Большие затраты на содержание детей, родственников, лекарства**

В ситуации, когда родители не справляются с содержанием своих детей Семейный кодекс РФ позволяет в случае невозможности получения содержания от своих родителей несовершеннолетним нуждающимся детям получить содержание от других членов семьи (бабушек, дедушек, братьев, сестер). В подобной ситуации имеет смысл обратиться за помощью и к другим родственникам.

В ситуации, когда беременная женщина воспитывает детей от других родственников, имеет смысл установить над ними опеку или осуществить процедуру усыновления. Статус опекуна или лица, усыновившего ребенка, также позволяет получить дополнительные льготы и компенсации.

Например, на лиц, не родивших, а усыновивших второго ребенка, также распространяется действие закона о материнском капитале (ст. 3 Федерального закона от 29.12.2006 № 256-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей»).



Забываясь о больном человеке, престарелым женщина тратит дополнительное время и прилагает множество усилий.

Если гражданин не способен самостоятельно передвигаться и обслуживать себя, то ему нужен помощник, который позаботится об этом человеке должным образом.

В такой ситуации необходимо предложить женщине оформить опеку над тяжело больным, инвалидом, престарелым, требующим ухода родственником, потому что государство представляет опекунам ряд льгот.

Так, например, для попечителей недееспособных лиц с инвалидностью I группы, которые не работают по причине ухода за таковыми лицами, установленная ежемесячная государственная помощь.

В случае оплаты дорогостоящего лечения имеет смысл оформить социальный налоговый вычет.

Социальный налоговый вычет по расходам на лечение и (или) приобретение медикаментов предоставляется гражданину, оплатившему за счет собственных средств:

- услуги по своему лечению;
- услуги по лечению супруга (супруги), своих родителей и (или) своих детей в возрасте до 18 лет;
- медикаменты, назначенные налогоплательщику или его супругу (супруге), родителям и (или) детям в возрасте до 18 лет лечащим врачом и приобретенные за счет собственных средств;
- страховые взносы страховым организациям по договорам добровольного личного страхования налогоплательщика, договорам страхования супруга (супруги), родителей и (или) своих детей в возрасте до 18 лет.

Порядок предоставления социального налогового вычета по расходам на лечение и приобретение медикаментов определен п.3 ст. 219 Налогового кодекса РФ.

### **Предполагаемо возможные материальные затруднения, связанные с потерей доходов на период по уходу за ребенком**

#### **Отсутствие заработка**

В такой ситуации важно напомнить женщине о полагающихся ей по закону привилегиях и льготах. Материнство и детство находятся под защитой государства.

Беременная женщина законодательно защищена от увольнения по инициативе работодателя.

Расторжение трудового договора по инициативе работодателя с беременной женщиной, с женщиной, имеющей ребенка в возрасте до трех лет, с одинокой матерью, воспитывающей ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет или малолетнего ребенка — ребенка в возрасте до четырнадцати лет не допускается (статья 261 Трудового кодекса РФ).

За нарушение прав и законных интересов такой категории сотрудников работодатель будет привлечен к административной и даже уголовной ответственности (ст. 145 Уголовного кодекса РФ «Необоснованный отказ в приеме на работу или необоснованное увольнение беременной женщины или женщины, имеющей детей в возрасте до трех лет наказываются штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов»).

В соответствии с Трудовым кодексом РФ женщине полагается оплачиваемый отпуск по беременности и родам продолжительностью 70 (в случае многоплодной беременности — 84) календарных дней до родов и 70 (в случае осложненных родов — 86, при рождении двух или более детей — 110) календарных дней после родов.

А также работодатель по заявлению женщины предоставляет ей оплачиваемый за счет Фонда социального страхования отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет.

На вышеуказанные периоды за женщиной сохраняется место работы.

Также государство выплачивает единовременное пособие в связи с рождением ребенка.

Кроме того, отпуска по уходу за ребенком могут быть использованы полностью или по частям также отцом ребенка, бабушкой, дедом, другим родственником или опекуном, фактически осуществляющим уход за ребенком. То есть мать ребенка может позволить себе продолжать трудовую деятельность и обеспечивать семью.

Следует сказать, что у женщин, родивших (усыновивших) второго ребенка или последующих детей появляется право на дополнительные меры государственной поддержки («Материнский капитал»), средства которого можно потратить в том числе на погашение жилищного займа.

Выплата денежных средств осуществляется, как из федерального бюджета, так и бюджета Свердловской области одновременно.

## **Неофициальное трудоустройство**

В соответствии со ст. 16 Трудового кодекса РФ в случае, когда трудовой договор не был надлежащим образом оформлен, трудовые отношения между работником и работодателем возникают на основании фактического допущения работника к работе с ведома или по поручению работодателя.

Ключевым доказательством по делам о принуждении заключить трудовой договор с беременной женщиной является доказательство самого факта трудовых отношений как такового, ее допуска к работе.

Таким образом, даже если женщина работает без оформления трудового договора, на работодателя возлагаются обязанности по предоставлению беременной положенных ей льгот, социальных выплат, отпусков и, что немаловажно, соответствующих ее состоянию здоровья условий труда.

Если работодатель отказывается предоставить положенные работнику льготы, то за защитой своих прав женщине надо обратиться в суд или в государственную инспекцию труда.

Так, за допуск к работе без оформления трудового договора работодателя могут привлечь к административной ответственности (ст. 5.27 КоАП РФ).

Необоснованный отказ в приеме на работу беременной женщины уже грозит привлечением к уголовной ответственности: ст. 145 Уголовного кодекса РФ «Необоснованный отказ в приеме на работу или необоснованное увольнение беременной женщины или женщины, имеющей детей в возрасте до трех лет наказываются штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов».

Неработающая беременная женщина также может встать на учет в службе занятости в качестве безработной и получать пособие до наступления отпуска по беременности и родам.

Неработающая мать-одиночка или семья, где оба родителя не работают, получают единовременное пособие в связи с рождением ребенка в органах социальной защиты населения.

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком назначается неработающим женщинам в случае неполучения ими пособия по безработице, исходя из минимальных размеров пособий.

За дополнительной информацией и полным перечнем полагающихся неработающей беременной женщине льгот следует обращаться в органы социального обслуживания населения.

В ситуации, когда родители не справляются с содержанием своих детей, Семейный кодекс РФ позволяет в случае невозможности получения содержания от своих родителей несовершеннолетним нуждающимся детям получить содержание от других членов семьи (бабушек, дедушек, братьев, сестер). В подобной ситуации имеет смысл обратиться за помощью и к другим родственникам.

### **Глава 3. Проблемы взаимоотношений с родственниками**

#### **Проблема отношений с родителями (лицами их заменяющими)**

##### **Страх сообщить родителям о беременности**

В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Если будущая мама несовершеннолетняя, то она наравне со всеми имеет право на защиту своих прав и законных интересов, в том числе право на защиту от злоупотреблений со стороны родителей (ст. 56 Семейного кодекса). Кроме того ребенок вправе выражать свое мнение при решении в семье любого вопроса, затрагивающего его интересы. При злоупотреблении родителями своими правами, ребенок вправе самостоятельно обращаться за их защитой в орган опеки и попечительства, а по достижении возраста четырнадцати лет в суд.

Следует помнить, что в соответствие с семейным законодательством несовершеннолетние родители имеют права на совместное проживание с ребенком и участие в его воспитании.

Несовершеннолетние родители, не состоящие в браке, в случае рождения у них ребенка и при установлении их материнства и (или) отцовства вправе самостоятельно осуществлять родительские права по достижении ими возраста **шестнадцати лет**. До достижения несовершеннолетними родителями возраста шестнадцати лет их ребенку на-

значается опекун, который осуществляет его воспитание совместно с несовершеннолетними родителями ребенка.

Несовершеннолетние родители имеют права признавать и оспаривать свое отцовство и материнство на общих основаниях, а также имеют право требовать по достижении ими возраста четырнадцати лет установления отцовства в отношении своих детей в судебном порядке.

В соответствии с Семейным кодексом РФ родительские права, прекращаются по достижении детьми возраста восемнадцати лет (совершеннолетия). Таким образом, с момент совершеннолетия или установления полной эмансипации родители не имеют права влиять на принятие решений детьми, человек становится полностью дееспособным и несет сам ответственность за свое здоровье и принятые им решения.

### **Отсутствие эмоциональной поддержки, конфликт в связи с беременностью**

Никто не вправе принуждать женщину как к рождению ребенка, так и к отказу от этого. В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Каждый имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений.

Таким образом, если беременная женщина оказалась в трудной жизненной ситуации, ей необходима помощь психолога, психотерапевта и т.д., она может бесплатно обратиться за ее оказанием в медицинскую организацию.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2007 г. № 389 при женских консультациях создаются Кабинеты медико-социальной помощи женской консультации. На территории Свердловской области также организованы центры медико-социальной поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации (центры кризисной беременности) (Приказ Минздрава Свердловской области от 27.12.2011 № 1575-п).

В подобного рода учреждениях всегда готовы оказать будущим мамам эмоциональную поддержку, дать консультацию по волнующим их вопросам.

## **Зависимость женщины (пары) от родителей (жилищная, психологическая, материальная)**

Чаще всего зависимость женщины (пары) от родителей наблюдается в ситуациях беременности у несовершеннолетней. Если будущая мама несовершеннолетняя, то она наравне со всеми имеет право на защиту своих прав и законных интересов, право выражать свое мнение при решении в семье любого вопроса, затрагивающего его интересы.

В соответствии с Семейным кодексом РФ родительские права, прекращаются по достижении детьми возраста восемнадцати лет (совершеннолетия). Однако при вступлении несовершеннолетних детей в брак, они становятся полностью дееспособными, эмансипированными, то есть не зависящими от родителей.

Брачный возраст устанавливается в восемнадцать лет (п.1 ст. 13 Семейного кодекса). Однако при наличии уважительных причин (например, беременности, тяжелой болезни) можно получить разрешение вступить в брак лицам, достигшим возраста шестнадцати лет.

Следует помнить, что в соответствии с семейным законодательством несовершеннолетние родители имеют права на совместное проживание с ребенком и участие в его воспитании.

Несовершеннолетние родители, не состоящие в браке, в случае рождения у них ребенка и при установлении их материнства и (или) отцовства вправе самостоятельно осуществлять родительские права по достижении ими возраста шестнадцати лет.

Родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей. Если на несовершеннолетнюю маму оказывается давление со стороны ее родителей, следует обратиться в органы опеки и попечительства для назначения представителя для защиты прав и интересов.

### **Родители против беременности**

В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Никто не вправе принуждать женщину как к рождению ребенка, так и к отказу от этого.

В соответствии с Семейным кодексом РФ родительские права, прекращаются по достижении детьми возраста восемнадцати лет

(совершеннолетия). Таким образом, с момент совершеннолетия или установления полной эмансипации родители не имеют права влиять на принятие решений детьми, человек становится полностью дееспособным и несет сам ответственность за свое здоровье и принятые им решения.

В любом случае по семейному законодательству родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей. При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию.

Если на несовершеннолетнюю маму оказывается давление со стороны ее родителей, следует обратиться в органы опеки и попечительства для назначения представителя для защиты ее прав и интересов.

Следует помнить, что в соответствии с семейным законодательством несовершеннолетние родители имеют права на совместное проживание с ребенком и участие в его воспитании.

Несовершеннолетние родители, не состоящие в браке, в случае рождения у них ребенка и при установлении их материнства и (или) отцовства вправе самостоятельно осуществлять родительские права по достижении ими возраста шестнадцати лет. До достижения несовершеннолетними родителями возраста шестнадцати лет их ребенку назначается опекун, который осуществляет его воспитание совместно с несовершеннолетними родителями ребенка.

### **Гиперопека, отсутствие контакта с родителями**

При возникновении подобной ситуации при беременности несовершеннолетней необходимо обратиться к положениям Семейного кодекса РФ. Статья 63 говорит нам, что родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей.

В то же время родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей.

Родители, осуществляющие родительские права в ущерб правам и интересам детей, несут ответственность в установленном законом порядке (наказание ранжируется от штрафных санкций вплоть до реального лишения свободы).

Конечно, ситуация беременности несовершеннолетнего ребенка кризисная. Семейный кодекс предусматривает для родителей право на оказание им содействия в предоставлении семье медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи.

В то же время ребенок имеет право на защиту от злоупотреблений со стороны родителей (лиц, их заменяющих).

При нарушении прав и законных интересов ребенка, в том числе при невыполнении или при ненадлежащем выполнении родителями (одним из них) обязанностей по воспитанию, образованию ребенка либо при злоупотреблении родительскими правами, ребенок вправе самостоятельно обращаться за их защитой в орган опеки и попечительства, а по достижении возраста четырнадцати лет в суд.

Если в ситуации гиперопеки оказалась совершеннолетняя женщина, то имеет смысл разъяснить ей, что в соответствии с Семейным кодексом РФ родительские права, прекращаются по достижении детьми возраста восемнадцати лет (совершеннолетия). Таким образом, с момент совершеннолетия или установления полной эмансипации родители не имеют права влиять на принятие решений детьми, человек становится полностью дееспособным и несет сам ответственность за свое здоровье и принятые им решения.

Если беременная женщина любого возраста оказалась в трудной жизненной ситуации, ей необходима помощь психолога, психотерапевта и т.д., она может бесплатно обратиться за ее оказанием в медицинскую организацию (Кабинеты медико-социальной помощи женской консультации, центры медико-социальной поддержки беременных, находящиеся в трудной жизненной ситуации).

В подобного рода учреждениях всегда готовы оказать будущим мамам эмоциональную поддержку, дать консультацию по волнующим их вопросам.

## **Проблемы, связанные с имеющимися детьми**

### **Трудности в воспитании, обучении старшего ребенка/детей**

При решении трудностей в воспитании, обучении старших детей можно привлечь в помощь образовательное учреждение. Ведь в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» образовательная организация должна постоянно совершенствовать методы обучения и воспитания ребенка, создать условия для занятия обучающимися физической культурой и спортом.



В каникулярное время школа или детский сад могут организовать отдых и оздоровление старших детей, тем самым освободить время и внимание мамы для будущего ребенка.

Кроме того в образовательной организации, как дошкольного образования, так и основного общего работают специалисты в разных отраслях, женщине со старшим ребенком, испытывающим трудности, могут при необходимости оказать помощь психолог, логопед, дефектолог и другие специалисты. В школе реализуются программы дополнительного образования: различные кружки, секции, выезды на экскурсии.

Школа и детский сад несут ответственность за соответствие качества подготовки обучающихся установленным требованиям, соответствие применяемых форм, средств, методов обучения и воспитания возрастным, психофизическим особенностям, склонностям, способностям, интересам и потребностям обучающихся.

Возможно имеет необходимость подобрать образовательное учреждение с круглосуточным пребыванием (интернатного типа). В нем созданы безопасные условия обучения, воспитания ребенка, присмотра и ухода за ним, содержание в интернате организовано в соответствии с установленными нормами СанПин.

Так у будущей мамы появится и больше времени на саму себя и на будущего ребенка, и будет гарантия надлежащего развития и обучения старших детей.

### **Трудности из-за болезни, инвалидности старшего ребенка/детей**

Материнство и детство находятся под защитой государства. Дети-инвалиды или дети, имеющие серьезное заболевание требуют в несколько раз больше заботы, внимания и душевного тепла родителей, не говоря уже о постоянном медицинском обслуживании и реабилитации.

В такой ситуации семье необходимо помочь найти дополнительные ресурсы помощи в этой трудной жизненной ситуации.

Законодательством РФ предусмотрены дополнительные льготы родителям, имеющим ребенка-инвалида, в различных сферах жизни.

Так, при реализации трудовых правоотношений направление в служебные командировки, привлечение к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни женщин, имеющих детей в возрасте до трех лет, допускаются только с их письменного согласия.

Беременная женщина, равно как и мать ребенка-инвалида законодательно защищена от увольнения по инициативе работодателя.

Расторжение трудового договора по инициативе работодателя с беременной женщиной, с женщиной, имеющей ребенка в возрасте до трех лет, с одинокой матерью, воспитывающей ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет или малолетнего ребенка — ребенка в возрасте до четырнадцати лет не допускается (статья 261 Трудового кодекса РФ).

Одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами по его письменному заявлению предоставляются четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц.

За нарушение прав и законных интересов такой категории сотрудников работодатель будет привлечен к административной и даже уголовной ответственности (ст. 145 Уголовного кодекса РФ «Необоснованный отказ в приеме на работу или необоснованное увольнение беременной женщины или женщины, имеющей детей в возрасте до трех лет наказываются штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов»).

В области гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки инвалидов в Российской Федерации разработан Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

В нем подробно закреплены льготы и привилегии самим инвалидам, а также помощь, на которую могут рассчитывать члены семьи, ухаживающие за ними. За подробной информацией, а также оформлением положенных льгот и компенсаций женщине можно обратиться в органы социального обслуживания населения по месту жительства.

Важно помнить, что оказание квалифицированной медицинской помощи инвалидам осуществляется в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации **бесплатной медицинской помощи**.

**Опасение, что рождение повредит развитию или привязанности имеющегося ребенка младшего возраста**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи,

наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, **по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений**, а также на медико-генетические и другие консультации и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства».

Таким образом, если у будущей мамы есть сомнения или подозрения, что имеются какие-либо отклонения в развитии у плода или что развитие старших детей будет нарушено, она вправе обратиться за разъяснением, консультацией к специалистам.

Важно помнить, что каждый ребенок в равной степени имеет право на качественную медицинскую помощь.

Государство гарантирует одному из родителей, иному члену семьи право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка (статья 51 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Кроме того, по семейному законодательству на братьев и сестер возлагается обязанность содержать своих несовершеннолетних и нетрудоспособных совершеннолетних братьев и сестер, в случае если родители не смогут их обеспечивать (статья 93 Семейного кодекса РФ).

Что, безусловно, является дополнительной гарантией для женщины и ее еще не рождённого ребенка.

### **Отсутствие свободного времени, большая занятость с имеющимися детьми**

В такой ситуации важно напомнить женщине о полагающихся ей по закону привилегиях и льготах.

В соответствии с Трудовым кодексом РФ женщине полагается отпуск по беременности и родам продолжительностью 70 (в случае многоплодной беременности — 84) календарных дней до родов и 70 (в случае осложненных родов — 86, при рождении двух или более детей — 110) календарных дней после родов.

А также работодатель по заявлению женщины предоставляет ей оплачиваемый за счет Фонда социального страхования отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет.

На вышеуказанные периоды за женщиной сохраняется место работы, и она может позволить себе больше времени проводить с семьей.

Работающим женщинам, имеющим детей в возрасте до полутора лет, предоставляются помимо перерыва для отдыха и питания дополнительные перерывы для кормления ребенка (детей) не реже чем через каждые три часа продолжительностью не менее 30 минут каждый (статья 258 Трудового кодекса РФ).

Запрещаются направление в служебные командировки, привлечение к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни беременных женщин.

Направление в служебные командировки, привлечение к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни женщин, имеющих детей в возрасте до трех лет, допускаются только с их письменного согласия и при условии, что это не запрещено им в соответствии с медицинским заключением.

При этом женщины, имеющие детей в возрасте до трех лет, должны быть ознакомлены в письменной форме со своим **правом отказать**ся от направления в служебную командировку, привлечения к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни.

Для ухода за детьми-инвалидами одному из родителей по его письменному заявлению работодатель обязан предоставить четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц.

В соответствии со ст. 67 Федерального закона «Об образовании в РФ» получение дошкольного образования в образовательных организациях может начинаться уже по достижении детьми возраста двух месяцев. Получение начального общего образования в образовательных организациях начинается по достижении детьми возраста шести лет и шести месяцев.

Таким образом, женщина имеет право зачислить детей в образовательные организации, и тогда у нее освободится время для других домашних хлопот.

Все эти меры способствуют освобождению большего количества времени для семейного времяпрепровождения.

По семейному законодательству дедушка, бабушка, братья, сестры и другие родственники также имеют право на общение с ребенком. Поэтому в ситуации нехватки времени имеет место привлечь к заботе о детях и других членах семьи.

## **Опасение негативного отношения старших детей к беременности**

Каждый ребенок в семье имеет равные права и равные возможности. В отношении каждого ребенка родители несут ответственность за воспитание и развитие. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии каждого из своих детей.

Если родители будут надлежащим образом исполнять возложенные на них семейным законодательством обязанности в отношении каждого из своих детей, то и отношение старших братьев, сестер к еще не рождённому ребенку будет доброжелательное и приветливое. Они будут с нетерпением ждать появления на свет еще одного братика или сестры.

Рожденный малыш наравне с остальными детьми имеет право на общение с обоими родителями, бабушкой, бабушкой, братьями, сестрами и другими родственниками, и в этом его права нельзя ограничивать.

## **Маленькая разница в возрасте детей**

Права женщины в сфере материнства реализуются в отношении каждого ее ребенка.

Так, например, по трудовому законодательству, если женщина, находясь в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, вновь забеременела, то закон позволяет ей, не выходя из первого отпуска, оформить очередной оплачиваемый отпуск сначала по беременности и родам, а потом и отпуск по уходу за вторым рожденным ребенком.

В соответствии со ст. 67 Федерального закона «Об образовании в РФ» получение дошкольного образования в образовательных организациях может начинаться уже по достижении детьми возраста двух месяцев. При зачислении в образовательную организацию учитывается пожелание родителей, чтобы братья и сестры воспитывались, обучались вместе.

Таким образом, у женщины есть возможность устроить своих детей в одну образовательную организацию дошкольного образования и освободившееся время использовать по своему усмотрению.

Добавляя ко всему вышеперечисленному, хочется отметить, что на территории Российской Федерации действует Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей». Так, у женщин, родивших (усыновивших) второго ребенка появляется право на дополнительные меры государственной поддержки («Материнский капитал»).

## Другие особенности семьи, влияющие на решение

### Уже воспитывает ребенка/детей одна

В такой ситуации важно распределить ответственность за воспитание и содержание имеющегося ребенка между его матерью и отцом, поскольку оба родителя несут равные обязанности по его содержанию и обеспечению законных интересов (ст. 80 Семейного кодекса РФ).

Вне зависимости от наличия зарегистрированного брака мужчина является отцом будущего ребенка, а соответственно несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

Для того, чтобы у женщины были гарантии исполнения мужчиной свои обязанностей родителя необходимо установить отцовство ребенка, если он был рожден не в браке.

Это можно сделать как в добровольном порядке путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка, так и в судебном путем подачи искового заявления в суд.

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка, а также обязанность его воспитывать.

Что, безусловно, окажет женщине неоценимую помощь как в виде дополнительного дохода на содержание ребенка, так и помощь в его воспитании, образовании.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

Если установить отца ребенка не имеется возможности, то женщина приобретает статус одинокой матери (самостоятельно (без отца) исполняет родительские функции по воспитанию и содержанию ребенка).

Приобретение такого статуса влечет за собой право на дополнительные виды поддержки, оказываемой региональными и местными властями. Помощь матерям-одиночкам от государства выражается следующим образом: дополнительные детские пособия и выплаты, льготы в трудовом и налоговом законодательстве, льготная очередь при устройстве в детский сад и многое другое.

В ситуации, когда родители не справляются с содержанием своих детей, Семейный кодекс РФ позволяет в случае невозможности получения содержания от своих родителей несовершеннолетним нуждающимся детям получить содержание от других членов семьи (бабушек, дедушек, братьев, сестер). В подобной ситуации имеет смысл обратиться за помощью и к другим родственникам.

### **Многодетная семья**

Родители или опекуны, воспитывающие троих и более малолетних детей (не достигших 18 лет), считаются на территории Российской Федерации многодетной семьей.

Это говорит о том, что они в любом регионе нашей необъятной страны имеют право на определенный перечень государственной поддержки.

Доказательством семейного статуса считается специальное удостоверение, выдаваемое территориальными органами социальной защиты, куда и следует подать необходимый набор справок и других документов, чтобы получить статус многодетной семьи.

Помимо льгот на проезд в общественном транспорте, снижение платы за коммунальные услуги, бесплатное выделение участка земли для индивидуального ведения хозяйства, предоставление бесплатного питания в образовательных учреждениях; на территории Российской Федерации действует Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей».

На территории Свердловской области действует Закон Свердловской области № 86-ОЗ от 20.10.2011 г. «Об областном материнском (семейном) капитале», он разработан на основании федерального законодательства.

Так, у женщин, родивших (усыновивших) второго ребенка или последующих детей появляется право на дополнительные меры государственной поддержки («Материнский капитал»).

Выплата денежных средств осуществляется как из федерального бюджета, так и бюджета Свердловской области одновременно.

Распоряжаться полученными средствами можно по следующим направлениям:

- 1) улучшение жилищных условий;
- 2) получение образования ребенком (детьми);
- 3) формирование накопительной пенсии для женщин;
- 4) приобретение товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов.

За дополнительной информацией и полным перечнем полагающихся многодетной семье льгот следует обращаться в органы социального обслуживания населения.

### **Воспитывает детей от предыдущих браков, детей супруга, своих братьев, сестер, племянников**

В ситуации, когда женщина воспитывает детей от предыдущих браков, важно распределить ответственность за воспитание и содержание ребенка между его матерью и отцом, поскольку оба родителя несут равные обязанности по его содержанию и обеспечению законных интересов (ст. 80 Семейного кодекса РФ).

Вне зависимости от наличия зарегистрированного брака мужчина является отцом будущего ребенка, а соответственно несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

В соответствии с семейным законодательством родители обязаны содержать своих несовершеннолетних детей.

Порядок и форма предоставления содержания несовершеннолетним детям определяются родителями самостоятельно. Так, родители вправе заключить соглашение о содержании своих несовершеннолетних детей (соглашение об уплате алиментов). Если сторонам договориться не удастся, то алиментные обязательства устанавливаются в судебном порядке. За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

Также Семейный кодекс РФ позволяет в случае невозможности получения содержания от своих родителей несовершеннолетним нуждающимся детям получить содержание от других членов семьи (бабушек, дедушек, братьев, сестер).

В ситуации, когда беременная женщина воспитывает детей от других родственников, имеет смысл установить над ними опеку или осуществить процедуру усыновления. Статус опекуна или лица, усы-



новившего ребенка, также позволяет получить дополнительные льготы и компенсации.

Например, на лиц, не родивших, а усыновивших второго ребенка, также распространяется действие закона о материнском капитале (ст. 3 Федерального закона от 29.12.2006 № 256-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей»).

### **Есть тяжело больные, инвалиды, престарелые, требующие ухода родственники**

Заботясь о больном человеке, престарелым женщина тратит дополнительное время и прилагает множество усилий.

Если гражданин не способен самостоятельно передвигаться и обслуживать себя, то ему нужен помощник, который позаботится об этом человеке должным образом.

В такой ситуации необходимо предложить женщине оформить опеку над тяжело больным, инвалидом, престарелым, требующим ухода родственником, потому что государство представляет опекунам ряд льгот.

Так, например, для попечителей недееспособных лиц с инвалидностью I группы, которые не работают по причине ухода за таковыми лицами, установленная ежемесячная государственная помощь.

В случае установленной судом недееспособности опекаемого лица, опекун получает право распоряжаться выплатами по инвалидности и другими льготами, которые государство предоставляет непосредственно недееспособным лицам.

Если обратиться к семейному законодательству (глава 14,15 Семейного кодекса РФ), то на членов семьи нетрудоспособного лица также возложена обязанность содержать его.

Так, супруг обязан содержать нетрудоспособного нуждающегося супруга, нетрудоспособные нуждающиеся в помощи братья и сестры имеют право на получение содержания от своих трудоспособных совершеннолетних братьев и сестер.

Нетрудоспособные нуждающиеся в помощи дедушка и бабушка в случае невозможности получения содержания от своих совершеннолетних трудоспособных детей или от супруга (бывшего супруга) имеют право требовать в судебном порядке получения алиментов от своих трудоспособных совершеннолетних внуков, обладающих необходимыми для этого средствами.

На основании вышеизложенного, в подобной ситуации имеет смысл обратиться за помощью и к другим родственникам тяжело больного, инвалида, престарелого.

## **Глава 4. Проблемы взаимоотношения пары**

### **Зарегистрированный брак**

#### **Неудовлетворенность супружескими отношениями**

Следует отметить, что в соответствии со статьей 10 Семейного кодекса РФ права и обязанности супругов возникают со дня государственной регистрации заключения брака в органах записи актов гражданского состояния (ЗАГС). Таким образом, с момента регистрации брака между супругами возникают в отношении друг друга взаимные права и обязанности, которые надлежит исполнять.

В соответствии со ст. 31 Семейного кодекса РФ Супруги обязаны строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения и взаимопомощи, содействовать благополучию и укреплению семьи, заботиться о благосостоянии и развитии своих детей. Вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами совместно исходя из принципа равенства супругов.

При возникновении вопроса о неудовлетворенности супружескими отношениями надо выяснить, чем именно не удовлетворена женщина, применяют ли к ней члены семьи физическое насилие или каким-либо иным образом нарушают ее законные права и интересы. В зависимости от полученной информации следует продолжить консультирование или даже при необходимости обратиться за помощью в компетентные органы для привлечения виновных лиц к ответственности.

#### **Муж не помогает. Не принимает участия в воспитании детей, ведении хозяйства**

В соответствии с семейным законодательством РФ с момента регистрации брака между супругами возникают в отношении друг друга взаимные права и обязанности, которые надлежит исполнять. Супруги обязаны материально поддерживать друг друга.

В соответствии с п. 2 ст. 31 Семейного кодекса РФ Вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопро-

сы жизни семьи решаются супругами **совместно** исходя из принципа равенства супругов.

В соответствии со ст. 60 Семейного кодекса Ребенок имеет право на получение содержания от своих родителей и других членов семьи. Кроме того, по семейному законодательству РФ Родители имеют равные права и несут равные обязанности в отношении своих детей (родительские права).

Таким образом, супруг обязан содержать ребенка, отцом которого является, и участвовать в его воспитании, образовании.

За неисполнение родителями обязанностей по содержанию и воспитанию несовершеннолетних предусмотрена административная ответственность, а в случае злостного уклонения — уголовная.

Также в соответствии с Семейным кодексом (статья 69) уклонение от выполнения обязанностей родителей, в том числе злостное уклонение от уплаты алиментов является основанием лишения родительских прав.

### **Опасение разрыва отношений, развода в связи с рождением ребенка**

Следует помнить, что семейные права (в том числе и право на материнство) охраняются законом. Государство предоставляет женщине защиту от развода на период беременности и до года после рождения ребенка.

Семейным кодексом РФ (статьей 17) установлены ограничения для мужчины в праве требовать расторжения брака. Так, муж не имеет права без согласия жены возбуждать дело о расторжении брака во время беременности жены и в течение года после рождения ребенка.

В соответствии со ст. 90 Семейного кодекса бывшая жена в период беременности и в течение трех лет со дня рождения общего ребенка имеет право требовать предоставления алиментов в судебном порядке от бывшего супруга, обладающего необходимыми для этого средствами.

### **Семья в процессе развода или в разводе, но продолжают встречаться, жить вместе**

Если семья находится в процессе развода и зарегистрированный брак еще не расторгнут, то женщине обязательно надо заявить о своей беременности, поскольку государство предоставляет будущей матери защиту от развода на период беременности и до года после рождения ребенка (статья 17 Семейного кодекса).

Если зарегистрированный брак уже расторгнут, а бывшие супруги хотят и продолжают жить вместе, то можно снова зарегистрировать брак в органах ЗАГС. Количество повторных браков с одним и тем же человеком законом не ограничено.

Если брак уже расторгнут, то отцовство лица, не состоящего в браке с матерью ребенка, устанавливается путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка либо по решению суда.

Кроме того, если ребенок родился в течение трехсот дней с момента расторжения брака отцом ребенка, признается бывший супруг матери. И следовательно, у мужчины как родителя возникают алиментные обязательства по содержанию своего ребенка.

В соответствии со ст. 90 Семейного кодекса бывшая жена в период беременности и **в течение трех лет со дня рождения общего ребенка** имеет право требовать предоставления алиментов в судебном порядке от бывшего супруга, обладающего необходимыми для этого средствами.

В последнее время наблюдается тенденция к усилению штрафных санкций за неисполнение родительских обязанностей. Так, за уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

### **Конфликт из-за измены супруга, наличие других отношений**

Если женщина опасается, что вследствие измены супруга, он захочет расторгнуть брак, то имеет смысл обозначить, что семейным кодексом предоставлены повышенные гарантии будущей матери от развода на период беременности и до года после рождения ребенка.

Семейным кодексом РФ (статьей 17) установлены ограничения для мужчины в праве требовать расторжения брака. Так, Муж не имеет

права без согласия жены возбуждать дело о расторжении брака во время беременности жены и в течение года после рождения ребенка.

Следует помнить, что даже если супругам не удастся сохранить брак, родителями они останутся на всю жизнь. А родители имеют равные права и несут **равные обязанности** в отношении своих детей.

Кроме того, если ребенок рожден в браке или в течение трехсот дней с момента расторжения брака отцом ребенка признается супруг(бывший супруг) матери. И следовательно, у ребенка и соответственно его матери, как законного представителя, возникает право на получение содержания от мужа (бывшего мужа).

### **Зачатие вследствие измены, страх разоблачения**

Если женщина находится в зарегистрированном браке и забеременела, то в соответствии с законодательством отцом ребенка признается ее супруг (п. 2 ст. 48 Семейного кодекса РФ).

В соответствии со ст. 80 Семейного кодекса РФ родители обязаны содержать своих несовершеннолетних детей. Таким образом, поскольку малыш рождается в полной семье, оба родителя несут равные обязанности по его содержанию и обеспечению законных интересов.

В ситуации если супруг доказал, что не является отцом будущего ребенка, женщине надо будет установить отцовство в отношении мужчины, кто фактически зачал ей ребенка. Отцовство устанавливается путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка либо в судебном порядке.

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

## Проблема отношений вне брака

### Отношения начаты недавно

В соответствии с Семейным кодексом заключение брака производится по истечении месяца со дня подачи заявления в органы записи актов гражданского состояния. Однако беременность и рождение ребенка является особым обстоятельством, позволяющим зарегистрировать брак в день подачи заявления! (п. 1 ст.11 Семейного кодекса РФ)

Вне зависимости от наличия зарегистрированного брака мужчина является отцом будущего ребенка, а соответственно несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

Для того, чтобы у женщины были гарантии исполнения мужчиной свои обязанностей родителя необходимо установить отцовство ребенка.

Это можно сделать как в добровольном порядке путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка, так и в судебном путем подачи искового заявления в суд.

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

### **Мужчина воспринимается, как «неподходящий» для создания семьи, отсутствие желания создать семью**

Российское законодательство не содержит ограничений по количеству раз вступления в брак. Если по каким-либо причинам совместная жизнь не будет устраивать, женщина в любой момент может подать заявление на расторжение брака, расторжение брака происходит в течение 1 месяца с момента подачи заявления в ЗАГС.

Также можно при вступлении в брак заключить брачный договор, в котором определить имущественные права и обязанности супругов в браке и (или) в случае его расторжения.

В соответствии с Семейным кодексом РФ в случае рождения ребенка у матери, не состоящей в браке, фамилия ребенка в книге записей рождений записывается по фамилии матери, имя и отчество отца ребенка — по ее указанию. Таким образом, если женщина не хочет, чтобы отец ребенка фигурировал в официальных документах, она может или указать его данные произвольно или вовсе не указывать.

Однако если установить отцовство ребенка в добровольном или судебном порядке, то у мужчины возникнет обязательство содержать своего ребенка, а также обязанность его воспитать.

Что, безусловно, окажет женщине неоценимую помощь как в виде дополнительного дохода на содержание ребенка, так и помощь в его воспитании, образовании.

Государство также защищает права беременных женщин и матерей. Так, изданы СанПиН 2.2.0.555-96 «Гигиенические требования к условиям труда женщин», где отдельный раздел посвящен Требованиям к условиям труда женщин в период беременности.

Государством реализуется комплекс социальных мер: льготы в виде отпусков по уходу за ребенком, различных пособий (единовременное пособие при рождении ребенка, ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет).

Регулярно разрабатываются и реализуются государственные программы, направленные на развитие институтов материнства и детства, например Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012 — 2017 годы.

Льготы предоставляются и со стороны работодателя. Так, работающим матерям работодатель обязан предоставить перерыв для кормления, запрещено направлять в служебные командировки, на ночную, вахтовую работу, работу в выходные и праздничные дни и прочее.

Самое главное: за беременной сотрудницей сохраняется право на рабочее место на все время нахождения в отпуске по уходу за ребенком.

### **Нестабильность в текущих отношениях пары, неуверенность в перспективе**

В соответствии с Семейным кодексом родители имеют равные права и несут равные обязанности в отношении своих детей. Даже если

в будущем мужчина и женщина не будут встречаться, сожительствовать родителями ребенка они останутся на всю жизнь.

Для того, чтобы у ребенка и соответственно его матери, как законного представителя, возникло право на получение содержания от мужчины необходимо установить его отцовство.

Отцовство устанавливается путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка либо в судебном порядке.

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

Также следует помнить, что беременность и рождение ребенка является особым обстоятельством, позволяющим зарегистрировать брак в день подачи заявления! (п. 1 ст.11 Семейного кодекса РФ). Официальное оформление отношений, безусловно, придаст женщине стабильность и уверенность в завтрашнем дне.

### **Расставание с мужчиной, разрыв отношений**

В соответствии со ст. 80 Семейного кодекса РФ родители обязаны содержать своих несовершеннолетних детей. Таким образом, оба родителя несут равные обязанности по его содержанию и обеспечению законных интересов.

Для того, чтобы у ребенка и соответственно его матери, как законного представителя, возникло право на получение содержания от мужчины необходимо установить его отцовство.

Отцовство устанавливается путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка либо в судебном порядке.



После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

В последнее время наблюдается тенденция к усилению штрафных санкций за неисполнение родительских обязанностей. Так, за уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

Таким образом, мужчина обязан содержать ребенка, отцом которого является, и участвовать в его воспитании, образовании до достижения им возраста восемнадцати лет.

### **Мужчина женат или имеет несколько отношений**

Если мужчина женат и хочет расторгнуть брак со своей супругой для создания новой семьи, то при взаимном согласии на расторжение брака супругов, не имеющих общих несовершеннолетних детей, расторжение брака производится в органах записи актов гражданского состояния. Для этого достаточно подать заявление о желании расторгнуть брак. Если имеются какие-либо споры между супругами, то брак расторгается в судебном порядке (статьи 19-21 Семейного кодекса РФ).

Расторжение брака производится судом не ранее истечения месяца со дня подачи супругами заявления о расторжении брака. Вступать в новые законные отношения можно с момента получения свидетельства о расторжении предыдущего брака.

Если ребенок рождается в зарегистрированном браке, то в соответствии с законодательством отцом ребенка признается супруг матери (п. 2 ст. 48 Семейного кодекса РФ). В соответствии со ст. 80 Семейного кодекса РФ родители обязаны содержать своих несовершеннолетних детей.

Таким образом, поскольку малыш рождается в полной семье, оба родителя несут равные обязанности по его содержанию и обеспечению законных интересов.

Отцовство лица, не состоящего в браке с матерью ребенка, устанавливается путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка либо по решению суда.

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

В последнее время наблюдается тенденция к усилению штрафных санкций за неисполнение родительских обязанностей. Так, за уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

Таким образом, мужчина обязан содержать ребенка, отцом которого является, и участвовать в его воспитании, образовании до достижения им возраста восемнадцати лет.

### **Зачатие от кратковременной или случайной связи**

При возникновении такой ситуации необходимо выяснить намерения мужчины, являющегося отцом ребенка.

Если человек готов вступить в законные отношения с женщиной и создать семью, то важно помнить, что в соответствии с Семейным кодексом РФ заключение брака производится по истечении месяца со дня подачи заявления в органы записи актов гражданского состояния. Однако беременность и рождение ребенка является особым обстоятельством, позволяющим зарегистрировать брак в день подачи заявления! (п. 1 ст. 11 Семейного кодекса РФ)

Вне зависимости от наличия зарегистрированного брака мужчина является отцом будущего ребенка, а соответственно несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

Для того, чтобы у женщины были гарантии исполнения мужчиной свои обязанностей родителя необходимо установить отцовство ребенка.

Это можно сделать как в добровольном порядке путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка, так и в судебном путем подачи искового заявления в суд.

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

Если установить отца ребенка не имеется возможности, то женщина приобретает статус одинокой матери (самостоятельно (без отца) исполняет родительские функции по воспитанию и содержанию ребенка). Приобретение такого статуса влечет за собой право на дополнительные виды поддержки, оказываемой региональными и местными властями.

Приобретение такого статуса влечет за собой право на дополнительные виды поддержки, оказываемой региональными и местными властями. Помощь матерям-одиночкам от государства выражается следующим образом: дополнительные детские пособия и выплаты, льготы в трудовом и налоговом законодательстве, льготная очередь при устройстве в детский сад и многое другое.

## **Проблемы, возникающие как в браке, так и вне брака**

### **Проблема отношений, связанных с жестоким обращением к женщине и рукоприкладством**

К физическому насилию относят все агрессивные формы поведения, представляющие собой физическое воздействие на женщину, включающее ограничение свободы передвижения (избиения, хватания, нанесение ударов руками, ногами и т.д.).

В зависимости от тяжести последствий жестокого обращения на мужчину либо иное лицо возлагается гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность.

Для того, чтобы привлечь тирана к ответственности необходимо совершить ряд действий. Прежде всего постараться укрыться в безопасном для себя месте, о котором мужчине (иному лицу) неизвестно. Затем зафиксировать телесные повреждения в медицинской организации, также самостоятельно сделать фотоснимки синяков, кровоподтеков, иных видимых повреждений. Обратиться с заявлением в органы внутренних дел для определения наличия состава уголовного преступления.

Важно помнить, что беременная женщина находится под особой защитой государства. Совершение преступления в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности, а также в отношении малолетнего, другого беззащитного или беспомощного лица является отягчающим наказанием обстоятельством.

Так, например, умышленное причинение тяжелого вреда здоровью (статья 111 Уголовного кодекса РФ) опасного для жизни человека, или повлекшего за собой прерывание беременности наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.

Истязание (статья 117 Уголовного кодекса РФ) в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет.

Возможно привлечь обидчика и к административной ответственности за побои (статья 6.1.1. КоАП РФ).

Нанесение побоев или совершение иных насильственных действий, причинивших физическую боль, если эти действия не содержат уголовно наказуемого деяния, — влечет наложение административного штрафа в размере от пяти тысяч до тридцати тысяч рублей, либо административный арест на срок от десяти до пятнадцати суток, либо обязательные работы на срок от шестидесяти до ста двадцати часов.

Также в порядке гражданского судопроизводства возможно взыскать вред, причиненный жизни и здоровью, имуществу, а также компенсацию морального вреда пострадавшей (ст. 150, 151 Гражданского кодекса РФ).

### **Нежелание рожать, растить ребенка, если он мог быть зачат в отношениях с другим**

В подобных ситуациях важно помнить, что если женщина находится в зарегистрированном браке и забеременела, то в соответствии

с законодательством отцом ребенка признается ее супруг (п. 2 ст. 48 Семейного кодекса РФ).

В соответствии со ст. 80 Семейного кодекса РФ родители обязаны содержать своих несовершеннолетних детей. Таким образом, поскольку малыш рождается в полной семье, оба родителя несут равные обязанности по его содержанию и обеспечению законных интересов.

Если женщина в зарегистрированном браке не состоит, то ей надо будет установить отцовство в отношении мужчины, кто фактически зачал ей ребенка. Отцовство устанавливается путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка либо в судебном порядке.

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

В соответствии с административным законодательством неуплата родителем без уважительных причин в нарушение решения суда средств на содержание несовершеннолетних детей либо нетрудоспособных детей, достигших восемнадцатилетнего возраста, в течение двух и более месяцев со дня возбуждения исполнительного производства, влечет обязательные работы на срок до ста пятидесяти часов либо административный арест на срок от десяти до пятнадцати суток или наложение административного штрафа в размере двадцати тысяч рублей.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

### **Отец ребенка умер**

По семейному законодательству (статья 50 Семейного кодекса РФ) В случае смерти лица, которое признавало себя отцом ребенка, но не состояло в браке с матерью ребенка, факт признания им отцовства может быть установлен в судебном порядке. Если факт призна-

ния отцовства будет установлен, то ребенок становится наследником первой очереди за умершим, соответственно мать ребенка, как его законный представитель, имеет право претендовать на наследство этого мужчины.

Если мужчина и женщина состояли в браке между собой, а ребенок родился, в течение трехсот дней с момента смерти супруга матери ребенка, то отцом ребенка признается бывший супруг. Соответственно, ребенок должен учитываться при определении круга наследников имущества умершего.

Также следует обратиться в органы социального обслуживания населения за оформлением социальных пособий по потере кормильца. Размер пособий устанавливается с учетом конкретных обстоятельств дела. Так например, дополнительные льготы положены по смерти кормильца военнослужащего или служащего МВД.

Также возможно начисление страховой пенсии родственникам кормильца, если они находились у него на иждивении и нетрудоспособны.

Все социальные пособия подлежат обязательной индексации. Их оформление возложено на Пенсионный фонд РФ. Для получения пособий необходимо будет предоставить документы, подтверждающие смерть отца ребенка.

### **Проблема отношений, связанная с зависимостью (алкогольная, наркотическая, игровая), асоциальным образом жизни**

Увлечения бывают разными. Одни полезны и безобидны, другие опасны. Если ранее за употребление наркотических средств предусматривалась только административная ответственность, то сейчас эта ответственность уголовная. Если человек употребляет наркотики в общественных местах, он подлежит уголовной ответственности, поскольку совершил уголовный проступок, предусмотренный ст.296 ч.1 УК.

Статья 296 ч.1 УК запрещает немедицинское потребление наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, прекурсоров в общественных местах. Указанная статья предусматривает альтернативные виды наказания в виде:

– штрафа до ста месячных расчетных показателей, либо назначаются исправительные работы в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до ста двадцати часов, либо арестом на срок до сорока пяти суток.

В соответствии с административным законодательством потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ влечет наложение административного штрафа в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток.

Если в результате пагубных увлечений ставится вопрос о вменяемости зависимого лица, то супруга или иные родственники могут обратиться с заявлением о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия (Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

Человек может быть госпитализирован в медицинскую организацию **без его согласия**, если он представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, или беспомощен, то есть не способен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или его здоровью будет причинен существенный вред вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Если человек в результате употребления алкоголя или наркотических веществ нарушает общественный порядок, выражает явное неуважение к обществу, сопровождающееся нецензурной бранью в общественных местах, оскорбительным приставанием к гражданам, а равно уничтожением или повреждением чужого имущества, то его можно привлечь к административной ответственности в виде наложения административного штрафа в размере от пятисот до одной тысячи рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток (ст. 20.1 КоАП РФ).

Наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличие насилия в семье является основанием для признания граждан, нуждающимися в специальной социальной защите.

Для такой категории лиц в соответствии с жилищным законодательством создан Фонд жилых помещений для социальной защиты отдельных категорий граждан (статья 98 Жилищного Кодекса).

## Глава 5. Проблемы здоровья

### Проблемы здоровья и развития внутриутробного ребенка

#### **Внутриутробная патология, неразвивающаяся (замершая) беременность, подозрение на наличие внутриутробной патологии**

При выявлении у плода патологии какого-либо рода дальнейшая тактика ведения беременности зависит от течения заболевания и непосредственно лечащего врача.

В такой стрессовой ситуации важное значение имеет степень владения беременной женщиной информацией об этом заболевании, прогнозов развития, возможности вынашивать беременность, жизнеспособности плода.

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных рисках дальнейшего вынашивания беременности, для получения информации о выявленной патологии плода, лечении и т. д.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и назначаемом при необходимости лечении.

В своей работе врачи применяют порядки оказания медицинской помощи и ориентируются на стандарты медицинской помощи, медицинская организация обязана предоставить гарантированный объем медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Если женщина полагает, что ей оказывается медицинская помощь ненадлежащего качества, если полагает, что была ошибка в поставленном диагнозе, то она может обратиться с заявлением с просьбой восстановить нарушенные права:



- на имя главного врача данной медицинской организации;
- в вышестоящую инстанцию Министерство Здравоохранения субъекта;
- в Министерство Здравоохранения РФ;
- в органы прокуратуры РФ;
- в суд.

Хочется отметить, что за оказание некачественной медицинской помощи, за неоказание помощи больному врачи и медицинская организация несут гражданскую, административную и даже уголовную ответственность.

Безусловно, выявление патологии развития у нерожденного ребенка — это трудная жизненная ситуация, особенно в ситуации необходимости прервать беременность по медицинским показаниям.

Если женщина оказалась в трудной жизненной ситуации, ей необходима помощь психолога, психотерапевта и т.д., она может бесплатно обратиться за ее оказанием в медицинскую организацию.

### **Диагностируемая патология, совместимая с жизнью (Синдром Дауна)**

Врожденные пороки развития плода занимают 2-3 место в структуре причин перинатальной гибели плода и новорожденного. Большое значение имеет ранняя диагностика пороков развития, которая необходима для своевременного решения вопроса о возможности пролонгирования беременности, что определяется видом порока, совместимостью с жизнью и прогнозом в отношении постнатального развития.

Синдром Дауна — самая распространенная хромосомная патология. Ребенок с трисомией по 21-й хромосоме может родиться в любой семье. Болезнь одинаково распространена на всех континентах и в любых социальных слоях.

Беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных рисках дальнейшего вынашивания беременности, для получения информации о выявленной патологии плода, лечении и т. д.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и на значаемом при необходимости лечении.

В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Давление со стороны медицинской организации, врача при решении вопроса о сохранении беременности исключено.

Дальнейшее развитие событий во многом зависит от того, на каком сроке выявляются патологии плода (чем раньше, тем лучше) и какое именно отклонение было диагностировано. Врач может только посоветовать, но решение принимают сами родители.

Таким образом, частота выявления и разнообразие пороков развития, возможное их сочетание с хромосомными аномалиями, различный прогноз для жизни и здоровья новорожденного на современном этапе делают особенно актуальной пренатальную (дородовую) их диагностику. Будущим мамам нельзя пренебрегать этим.

В целях улучшения качества оказания медицинской помощи детям с хромосомной патологией (синдром Дауна), профилактики социального сиротства, повышения эффективности сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с синдромом Дауна, создания оптимальных условий для гармоничного развития ребенка и его социальной адаптации на территории Свердловской области принят Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 14 октября 2016 г. № 1817-п «О совершенствовании оказания медицинской помощи детям, родившимся с хромосомной патологией (синдром Дауна) на территории Свердловской области». Этим же Приказом утвержден Протокол объявления диагноза при рождении ребенка с хромосомной патологией (синдром Дауна).

Настоящий Протокол регулирует вопросы корректного отношения медицинского персонала учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период родов, и учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь детям, к женщине (родственникам) при рождении у нее ребенка с подозрением на хромосомную патологию (синдром Дауна), а также организацию обследования новорожденного для подтверждения патологии с последующим объявлением законным представителям ребенка диагноза в целях дальнейшего сопровождения семьи, профилактики социального сиротства, проведения мероприятий для полноценного развития ребенка и, при необходимости, своевременного лечения.

Синдром Дауна считается случайной генетической мутацией. Поэтому такие факторы риска, как инфекционные заболевания, проживание на территории с повышенным уровнем радиации, или потребление генетически модифицированных продуктов не повышают риска его появления. Не может вызвать синдром тяжелое течение беременности и сложные роды. Поэтому родители не должны винить себя, в том, что у

ребенка обнаружен синдром Дауна. Единственное, что вы можете сделать в этой ситуации — принять и полюбить ребенка.

## **Проблемы здоровья и заболеваний у женщин и мужчин**

### **Дискомфортные состояния и осложнения беременности**

Для любого человека важно быть здоровым, то есть пребывать в состоянии физического, психического и социального благополучия, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма (статья 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Данная информация предоставляется лечащим врачом.

Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

При оказании медицинской помощи реализуется принцип приоритета интересов пациента. Медицинская помощь оказывается с учетом его физического состояния.

Таким образом, беременная женщина вправе обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о своем состоянии и изменениях в ее организме в результате беременности и родов.

Большое значение имеет пренатальная (дородовая) диагностика. Будущим мамам нельзя пренебрегать ей, в первую очередь, для того чтобы убедиться, что беременность протекает благополучно, ее будущий ребенок здоров.

Следует довести до беременной женщины информацию, что если бы у нее действительно были серьезные проблемы с развитием плода, то лечащий врач обязательно бы сообщил ей об этом.

Гинекологические и мальмологические, терапевтические и хирургические, психологические и неврологические заболевания у женщин

К каждой женщине, имеющей заболевания, протекающие на фоне беременности, необходим индивидуальный подход. Причинами обращения будущей мамы к другим врачам могут служить либо непосредственно само заболевание, имевшее место до беременности, либо появление признаков, характерных для рецидивов хронического течения болезни, способных повлиять на исход беременности и здоровье малыша.

В ситуации, когда женщина беспокоится о проблемах беременности или здоровья плода, важное значение имеет степень ее владения информацией об этом. Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода в связи с болезнью матери и назначаемом лечении.

Таким образом, беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за подробными разъяснениями об особенностях протекания беременности на фоне выявленного у нее заболевания. И в первую очередь, для того чтобы убедиться, что беременность протекает благополучно, ее будущий ребенок здоров.

Существует Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Однако дальнейшее развитие событий во многом зависит от того, на каком сроке выявляют патологии у женщины и какое именно отклонение было диагностировано.

В любом случае в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Давление со стороны медицинской организации, врача при решении вопроса о сохранении беременности исключено. Врач может только посоветовать, но решение принимают сами родители.

Если беременная женщина в силу своего заболевания нуждается в помощи психолога, психотерапевта и т.д., она может бесплатно обратиться за ее оказанием в медицинскую организацию.

Поскольку каждый имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представля-

ющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2007 г. № 389 при женских консультациях создаются Кабинеты медико-социальной помощи женской консультации.

На территории Свердловской области также организованы центры медико-социальной поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации (центры кризисной беременности) (Приказ Минздрава Свердловской области от 27.12.2011 № 1575-п).

В подобного рода учреждениях всегда готовы оказать будущим мамам эмоциональную поддержку, дать консультацию по волнующим их вопросам.

### **Заболевания, передающиеся половым путем. Инфекционные заболевания**

Как и в предыдущих случаях, при решении вопроса о сохранении беременности должно учитываться множество факторов.

Течение заболевания, передаваемого половым путем, полученного во время беременности, может быть серьезными и даже опасным для жизни женщины и ее ребенка.

В любом случае, степень опасности и риски для матери и ребенка должен определить врач и в соответствии с законом предоставить гарантированный объем медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Важно, чтобы женщины были осведомлены о вредных последствиях ЗППП и о том, как защитить себя и своих детей от инфекции (ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Существует Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Однако давление со стороны медицинской организации, врача при решении вопроса о сохранении беременности исключено. Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Чем раньше женщина начинает получать медицинскую помощь во время беременности, тем лучше для её здоровья и для здоровья еще не рожденного ребенка.

Следует помнить, что за заражение венерической инфекцией, а также ВИЧ-инфекцией предусмотрена административная и уголовная ответственность. Данную информацию также стоит донести до заболевшей беременной женщины, возможно, она обратится в компетентные органы за защитой своих прав.

Так, Статья 121 Уголовного Кодекса «Заражение венерической болезнью»

1. Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, —

наказывается штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо арестом на срок до шести месяцев.

Статья 122 Уголовного кодекса РФ «Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни наказываются лишением свободы на срок до пяти лет».

Статья 6.1 КоАП «Соккрытие лицом, больным ВИЧ-инфекцией, венерическим заболеванием, источника заражения, а также лиц, имевших с указанным лицом контакты, создающие опасность заражения этими заболеваниями, —

влечет наложение административного штрафа в размере от пяти-сот до одной тысячи рублей».

## **Воздействие вредных факторов**

В соответствии с Конституцией РФ каждый имеет право на благоприятную окружающую среду.

Беременные и женщины с малолетними детьми наиболее уязвимая категория населения. Материнство и детство, семья находятся под защитой государства.

В соответствии с трудовым законодательством ограничивается применение труда женщин на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на подземных работах. Запрещается применение труда женщин на работах, связанных с подъемом и перемещением вручную тяжестей, превышающих предельно допустимые для них нормы.

Очень важно, чтобы женщина, находящаяся в ожидании ребенка, обратилась к работодателю с заявлением о снижении норм выработки, нормы обслуживания либо о переводе на другую работу, исключая-

щую воздействие неблагоприятных производственных факторов, с сохранением среднего заработка по прежней работе.

До предоставления беременной женщине другой работы, исключающей воздействие неблагоприятных производственных факторов, она подлежит освобождению от работы с сохранением среднего заработка за все пропущенные вследствие этого рабочие дни за счет средств работодателя.

Работающим женщинам, имеющим детей в возрасте до полутора лет, предоставляются помимо перерыва для отдыха и питания дополнительные перерывы для кормления ребенка (детей) не реже чем через каждые три часа продолжительностью не менее 30 минут каждый.

Дополнительные требования к организации рабочего процесса беременных женщин закреплены в СанПиН 2.2.0.555-96. 2.2. Гигиена труда. Гигиенические требования к условиям труда женщин. Санитарные правила и нормы» (утв. Постановлением Госкомсанэпиднадзора РФ от 28.10.1996 № 32).

Так, технологические процессы и оборудование, предназначенные для труда беременных женщин, не должны быть источником повышенных уровней физических, химических, биологических и психофизиологических факторов.

Беременные женщины не должны выполнять производственные операции, связанные с подъемом предметов труда выше уровня плечевого пояса, подъемом предметов труда с пола, преобладанием статического напряжения мышц ног и брюшного пресса, вынужденной рабочей позой (на корточках, на коленях, согнувшись, упором животом и грудью в оборудование и предметы труда), наклоном туловища более 15°. Для беременных женщин должны быть исключены работы на оборудовании, использующем ножную педаль управления, на конвейере с принудительным ритмом, работы, сопровождающиеся нервно-эмоциональным напряжением.

Не допускаются беременные женщины к выполнению работ, связанных с воздействием возбудителей инфекционных, паразитарных и грибовых заболеваний.

Беременные женщины не должны трудиться в условиях воздействия инфракрасного излучения.

Для беременных женщин исключаются виды деятельности, связанные с намоканием одежды и обуви, работы на сквозняке. Для женщин в период беременности запрещается работа в условиях резких перепадов барометрического давления и т.д.

Для беременных женщин должны оборудоваться стационарные рабочие места для возможности выполнения трудовых операций в свободном режиме и позе, допускающей перемену положения пожеланию.

Как можно заметить, беременные женщины законодательно ограждены от воздействия вредных факторов во время труда, поэтому будущим мама следует воспользоваться своими дополнительными правами и обратиться для их реализации к работодателю.

Очень важно и самой женщине вести здоровый образ жизни. Следует помнить, что за потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ возможно привлечение к административной и уголовной ответственности.

### **Наличие риска наследственных заболеваний: психическое или психоневрологическое, соматическое, редко генетическое**

Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В ситуации, когда женщина беспокоится о проблемах беременности или здоровья плода, важное значение имеет степень ее владения информацией об этом.

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и назначаемом лечении.

Таким образом, беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных рисках, связанных с наследственностью, последствиях и изменениях в ее организме в результате беременности и родов.



И в первую очередь, для того чтобы убедиться, что беременность протекает благополучно, ее будущий ребенок здоров.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на **медико-генетические и другие консультации** и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства».

Так, например, в ситуации, если у пары уже родился ребенок с генетическими отклонениями, если у членов семьи имеется генетическое или иное другое заболевание, передающееся по наследству, они уже на стадии планирования беременности могут безвозмездно обратиться в медицинскую организацию за получением медико-генетической консультации, прогнозирования рисков повтора и передачи заболевания следующему поколению.

Следует довести до беременной женщины информацию, что если бы у нее действительно были серьезные проблемы с развитием плода, то лечащий врач обязательно бы сообщил ей об этом.

Помимо всего прочего, система здравоохранения и оказания медицинской помощи постоянно совершенствуются, развиваются как сами лечебные учреждения — оснащаются передовым оборудованием, так и постоянно повышают квалификацию медицинские работники.

На уровне Российской Федерации в настоящий момент реализуется Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» до 2020 г. и многие другие. Все это делается для повышения качества оказания медицинской помощи.

## **Глава 6. Проблемы обучения и работы**

### **Временное или постоянное отсутствие работы**

**Страх не найти работу из-за беременности, рождения ребенка.  
Не берут на работу из-за беременности**

Материнство и детство находятся под защитой государства. Статья 64 Трудового Кодекса РФ гласит «Запрещается отказывать в заклю-

чении трудового договора женщинам по мотивам, связанным с беременностью или наличием детей».

За нарушение прав и законных интересов такой категории сотрудников работодатель будет привлечен к административной и даже уголовной ответственности (ст. 145 Уголовного кодекса РФ «Необоснованный отказ в приеме на работу или необоснованное увольнение беременной женщины или женщины, имеющей детей в возрасте до трех лет наказываются штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов»).

За необоснованный отказ беременной женщине в заключении трудового договора, за нарушение порядка уведомления о причине отказа работодатель может быть привлечен к административной ответственности по ч. 1, ч.2 ст. 5.27 Кодекса об административных правонарушениях РФ.

Таким образом, отказ в приеме на работу по мотивам беременности или наличия малолетнего ребенка запрещен законом.

Неработающая беременная женщина также может встать на учет в службе занятости в качестве безработной и получать пособие до наступления отпуска по беременности и родам.

Неработающая мать-одиночка или семья, где оба родителя не работают, получают единовременное пособие в связи с рождением ребенка в органах социальной защиты населения.

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком назначается неработающим женщинам в случае неполучения ими пособия по безработице, исходя из минимальных размеров пособий.

За дополнительной информацией и полным перечнем полагающихся неработающей беременной женщине льгот следует обращаться в органы социального обслуживания населения.

В ситуации, когда родители не справляются с содержанием своих детей, Семейный кодекс РФ позволяет в случае невозможности получения содержания от своих родителей несовершеннолетним нуждающимся детям получить содержание от других членов семьи (бабушек, дедушек, братьев, сестер). В подобной ситуации имеет смысл обратиться за помощью и к другим родственникам.

### **Отсутствие работы у мужчины**

В такой ситуации важно распределить ответственность за воспитание и содержание имеющегося ребенка между его матерью и отцом,

поскольку оба родителя несут равные обязанности по его содержанию и обеспечению законных интересов (ст. 80 Семейного кодекса РФ). Вне зависимости от наличия зарегистрированного брака мужчина является отцом будущего ребенка, а соответственно несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

В подобной ситуации следует рекомендовать женщине приобрести статус малоимущей.

Законодательные нормы РФ на федеральном и региональном уровне определяют порядок предоставления льгот и пособий малообеспеченным семьям. Государство на федеральном и региональном уровне оказывает поддержку малоимущим семьям, выплачивая им денежные пособия и предоставляя льготы. Для получения официального статуса малоимущей семьи женщина может обратиться в одну из следующих инстанций:

- Портал государственных услуг Российской Федерации: gosuslugi.ru;

- Отделение соцзащиты по месту жительства.

Необходимо отметить, что малообеспеченные имеют право получать как пособия, обусловленные их социальным статусом, так и те, которые положены всем без исключения категориям граждан при наступлении определенных условий. То есть получение помощи в связи с «малообеспеченностью» не лишает их права претендовать на выплаты общего характера.

В соответствии с Трудовым кодексом РФ женщине полагается оплачиваемый отпуск по беременности и родам продолжительностью 70 (в случае многоплодной беременности — 84) календарных дней до родов и 70 (в случае осложненных родов — 86, при рождении двух или более детей — 110) календарных дней после родов.

А также работодатель по заявлению женщины предоставляет ей оплачиваемый за счет Фонда социального страхования отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет.

На вышеуказанные периоды за женщиной сохраняется место работы.

Также государство выплачивает единовременное пособие в связи с рождением ребенка. За рождение второго и последующих детей полагается «материнский капитал».

Кроме того, отпуска по уходу за ребенком могут быть использованы полностью или по частям также отцом ребенка, бабушкой, дедом, другим родственником или опекуном, фактически осуществляющим

уход за ребенком. Можно предложить беременной женщине вариант ухода в отпуск по уходу за ребенком близких родственников. Тогда мать ребенка может позволить себе продолжать трудовую деятельность и обеспечивать семью.

В ситуации, когда родители не справляются с содержанием своих детей, Семейный кодекс РФ позволяет в случае невозможности получения содержания от своих родителей несовершеннолетним нуждающимся детям получить содержание от других членов семьи (бабушек, дедушек, братьев, сестер). В подобной ситуации имеет смысл обратиться за помощью и к другим родственникам.

## **Проблемы работающих женщины или мужчины**

### **Риск потери рабочего места, угроза увольнения**

Материнство и детство находятся под защитой государства.

Беременная женщина законодательно защищена от увольнения по инициативе работодателя.

Расторжение трудового договора по инициативе работодателя с беременной женщиной, с женщиной, имеющей ребенка в возрасте до трех лет, с одинокой матерью, воспитывающей ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет или малолетнего ребенка — ребенка в возрасте до четырнадцати лет не допускается (статья 261 Трудового кодекса РФ).

В соответствии с Трудовым кодексом РФ женщине полагается отпуск по беременности и родам продолжительностью 70 (в случае многоплодной беременности — 84) календарных дней до родов и 70 (в случае осложненных родов — 86, при рождении двух или более детей — 110) календарных дней после родов.

Работодатель по заявлению женщины предоставляет ей оплачиваемый за счет Фонда социального страхования отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет.

Также работодатель обязан по заявлению женщины за счет Фонда социального страхования начислить единовременное пособие при рождении ребенка.

На вышеуказанные периоды отпуска за женщиной **сохраняется место работы.**

За нарушение прав и законных интересов такой категории сотрудников работодатель будет привлечен к административной и даже уголовной ответственности (ст. 145 Уголовного кодекса РФ «Необосно-

ванный отказ в приеме на работу или необоснованное увольнение беременной женщины или женщины, имеющей детей в возрасте до трех лет наказываются штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов»).

### **Риск потери профессионального статуса, должности. Осложнения для трудового процесса, проекта**

В соответствии с трудовым законодательством на время отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком за женщиной сохраняется место работы и ее должность. Работодатель несет административную, гражданскую и уголовную ответственность за нарушение прав и законных интересов такой категории сотрудников

Кроме того, отпуска по уходу за ребенком могут быть использованы полностью или по частям также отцом ребенка, бабушкой, дедом, другим родственником или опекуном, фактически осуществляющим уход за ребенком.

То есть мать ребенка может позволить себе продолжать трудовую деятельность и строить карьеру.

Также при наличии возможности и с согласия работодателя можно временно осуществить перевод на дистанционную работу. Дистанционной работой является выполнение определенной трудовым договором трудовой функции вне места нахождения работодателя, взаимодействия между работодателем и работником по вопросам, связанным с ее выполнением, осуществляются посредством информационно-телекоммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети «Интернет».

При наличии желания и возможностей женщина может выйти на работу в любое время. Трудовой кодекс не ограничивает право женщины прервать отпуск по уходу за ребенком до трех лет до его истечения.

### **Сложности с получением образования в связи с рождением ребенка**

#### **Обучение в школе**

В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Если будущая мама несовершеннолетняя, то она наравне со всеми имеет право на защиту своих прав и законных интересов, в том числе право на защиту от злоупотреблений со стороны родителей (ст. 56 Семейного кодекса).

Следует помнить, что в соответствии с семейным законодательством несовершеннолетние родители имеют права на совместное проживание с ребенком и участие в его воспитании.

Несовершеннолетние родители, не состоящие в браке, в случае рождения у них ребенка и при установлении их материнства и (или) отцовства вправе самостоятельно осуществлять родительские права по достижении ими **возраста шестнадцати лет**. До достижения несовершеннолетними родителями возраста шестнадцати лет их ребенку назначается опекун, который осуществляет его воспитание совместно с несовершеннолетними родителями ребенка.

В соответствии с частью 4 статьи 43 Конституции Российской Федерации основное общее образование обязательно. В соответствии со статьей 63 Семейного кодекса РФ Родители несовершеннолетней беременной девушки обязаны обеспечить получение ей общего образования.

Федеральным законом предусмотрены различные формы получения образования и обучения с учетом потребностей и возможностей личности.

Родители имеют право выбора образовательной организации, формы получения детьми образования и формы их обучения с учетом мнения детей до получения ими основного общего образования.

В соответствии со ст. 17 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об образовании в Российской Федерации» образование можно получать в школе или в семье, а также в форме самообразования.

В ситуации, когда беременная девочка не может по разным причинам посещать учебное заведение, ее родителям имеет смысл перевести ее на другую форму получения образования, например, на домашнее либо семейное обучение.

В соответствии со ст. 34 вышеуказанного закона обучающаяся имеет право обучение по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренное обучение, в пределах осваиваемой образовательной программы.

Родители (законные представители), выбирая получение образования в семейной форме, отказываются от получения образования в

образовательных организациях и принимают на себя, в том числе, обязательства, возникающие при семейной форме получения образования (вне образовательных организаций).

По желанию родителей (законных представителей) образовательная организация для прохождения промежуточной или итоговой аттестации может быть определена на весь период получения общего образования, на период прохождения конкретной аттестации или на период одного учебного года в зависимости от объективных обстоятельств и наиболее эффективной реализации прав и свобод ребенка.

### **Получение средне-специального образования, обучение в ВУЗе**

В соответствии со ст. 34 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» обучающаяся имеет право обучение по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренное обучение, в пределах осваиваемой образовательной программы.

Также студентка имеет право на академический отпуск, а также отпуск по беременности и родам, отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет.

В соответствии с Приказом Минобрнауки России от 13.06.2013 № 455 «Об утверждении Порядка и оснований предоставления академического отпуска обучающимся»

Академический отпуск предоставляется обучающемуся неограниченное количество раз. Обучающийся в период нахождения его в академическом отпуске освобождается от обязанностей, связанных с освоением им образовательной программы в организации, во время академического отпуска плата за обучение с него не взимается.

Студенты очной формы обучения, ставшие родителями, безусловно, являются той категорией молодых пап и мам, которые нуждаются в финансовой поддержке, а также в обеспечении возможности осуществлять уход за ребенком с сохранением права в будущем продолжить обучение.

Именно поэтому законодательно предусмотрена возможность предоставления им академического отпуска и выплаты пособий.

Студентки, ставшие мамами в процессе учебы **по очной форме**, имеют право на получение 4 видов детских пособий:

- Единовременная выплата при условии постановки на учет в медицинское учреждение на раннем сроке беременности.
- Пособие по беременности и родам.

- Единовременная выплата по случаю рождения малыша.
- Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет.

Кроме того, по желанию беременной студентки можно подать заявление в ректорат образовательной организации с просьбой перевести ее на обучение по иной форме, например, заочной или очно-заочной (вечерней).

У женщин, родивших ребенка в период обучения, возникает право на переход с платного обучения на бесплатное (Приказ Министерства образования и науки РФ от 6 июня 2013 г. № 443 «Об утверждении Порядка и случаев перехода лиц, обучающихся по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования, с платного обучения на бесплатное»).

### **Страх не поступить в учебное заведение**

В такой ситуации стоит в первую очередь выяснить в учебное заведение какого уровня опасается не поступить беременная девушка.

Так, например, В соответствии с частью 4 статьи 43 Конституции Российской Федерации основное общее образование обязательно. При этом получение детьми основного общего образования обеспечивают родители или лица, их заменяющие. Получение основного общего образования осуществляется без взимания платы и вступительных испытаний.

Стоит обратить внимание, что в соответствии с Конституцией РФ Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а **также других обстоятельств**.

Таким образом, необоснованный отказ в приеме на обучение в любое учебное заведение, а равно как и отказ по мотивам беременности или наличия малолетнего ребенка, запрещен законом.

Прием на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования за счет бюджета является **общедоступным** (статья 68 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об образовании в Российской Федерации»).

Прием на обучение по программам бакалавриата и программам специалитета проводится на основании результатов единого государственного экзамена. Результаты единого государственного экзамена при приеме на обучение по программам бакалавриата и программам



специалитета действительны четыре года, следующих за годом получения таких результатов.

Таким образом, малыш подрастет и сможет пойти в дошкольное образовательное учреждение, а его мама сможет поступить на учебу на основании экзаменов, которые сдавала еще в школе, потому что они все еще будут действительны.

Возможно, беременной девушке стоит порекомендовать выбрать соответствующую ее насущным заботам форму обучения (заочную, очно-заочную(вечернюю), самообразование). Как правило, на такие формы обучения упрощен порядок приема и меньше конкурс на место.

Также женщине стоит рассказать о возможности совмещения работы и получения профессионального образования. Такой категории работников Трудовой кодекс предоставляет дополнительные гарантии и компенсации (глава 26 Трудового Кодекса РФ).

Кроме того, работодатель с работником вправе заключить ученический договор для получения сотрудником необходимой для работы квалификации. В период ученичества выплачивается стипендия.

Таким образом, законом предусмотрены различные варианты совмещения работы и учебы.

### **Страх не закончить аспирантуру, не получить научную степень**

Прежде всего, необходимо рекомендовать беременной женщине воспользоваться своим правом на академический отпуск. В соответствии с Приказом Минобрнауки России от 13.06.2013 № 455 «Об утверждении Порядка и оснований предоставления академического отпуска обучающимся».

Академический отпуск предоставляется обучающемуся неограниченное количество раз. Обучающийся в период нахождения его в академическом отпуске освобождается от обязанностей, связанных с освоением им образовательной программы в организации, во время академического отпуска плата за обучение с него не взимается.

Высшее образование по программам аспирантуры (адъюнктуры) может быть получено:

- в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в очной, очно-заочной, заочной формах обучения, а также с сочетанием различных форм обучения;
- вне указанных организаций в форме самообразования.

Возможно, беременной девушке стоит порекомендовать выбрать соответствующую ее насущным заботам форму обучения (заочную,

очно-заочную (вечернюю), самообразование) или сочетание таких форм.

Также женщине стоит рассказать о возможности совмещения работы и обучения в аспирантуре, соискания ученой степени. Такой категории работников Трудовой кодекс предоставляет дополнительные гарантии и компенсации (глава 26 Трудового кодекса РФ).

Так, работники, осваивающие программы подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программы ординатуры и программы ассистентуры-стажировки по заочной форме обучения, имеют право на:

- дополнительные отпуска по месту работы продолжительностью 30 календарных дней в течение календарного года с сохранением среднего заработка. При этом к указанному дополнительному отпуску работника добавляется время, затраченное на проезд от места работы до места обучения и обратно с сохранением среднего заработка. Указанный проезд оплачивает работодатель;

- один свободный от работы день в неделю с оплатой его в размере 50 процентов получаемой заработной платы. Работодатель вправе предоставлять работникам по их желанию на последнем году обучения дополнительно не более двух свободных от работы дней в неделю без сохранения заработной платы.

Работники, допущенные к соисканию ученой степени кандидата наук или доктора наук, имеют право на предоставление им в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, дополнительного отпуска по месту работы продолжительностью соответственно три и шесть месяцев с сохранением среднего заработка.

Таким образом, законом предусмотрены различные варианты совмещения работы и учебы.

## **Глава 7. Проблемы с регистрацией и гражданством**

### **Нелегальное проживание в стране**

Большое количество иностранных граждан въезжают на территорию нашей страны в соответствии с миграционным законодательством, но нередко по тем или иным причинам утрачивают основания для нахождения в России, в результате чего становятся нелегальными мигрантами.

Так, иностранный гражданин может пребывать в Российской Федерации в течение срока действия выданной ему визы. В случае, если он прибыл в страну в порядке, не требующем получения визы, то срок его проживания в России ограничен 90 днями (ч. 1-2 ст. 5 Федерального закона от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»).

Таким образом, иностранец обязан выехать из Российской Федерации до истечения срока его легального пребывания в стране, в противном случае его нахождение на территории России становится незаконным (ст. 25.10 Федерального закона от 15 августа 1996 года № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию»).

Прежде всего нужно помочь беременной женщине легализовать свое нахождение на территории России. Если она укрывается в РФ от военных действий на территории своей родины или укрывается от властей своего государства по иным причинам, то ей нужно оформить статус беженца, вынужденного переселенца или попросить политического убежища.

Всеми вопросами гражданства, миграции, получения разрешения на работу занимается Главное управление по вопросам миграции МВД России. Именно туда следует направить беременную для получения консультации и помощи.

Стоит донести до иностранного гражданина, что за нарушение правил пребывания в Российской Федерации ему грозит административная ответственность (КоАП РФ, Статья 18.9) и в его же интересах легализовать свое нахождение на территории страны.

Согласно ст. 33 Федерального закона от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» иностранный гражданин, виновный в нарушении законодательства Российской Федерации, привлекается к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации. Иностранец, незаконно находящийся на территории РФ, может быть подвергнут депортации или административному выдворению.

Вместе с тем иностранному гражданину въезд в Российскую Федерацию не разрешается в течение пяти лет со дня административного выдворения (п. 2 ст. 27 закона о порядке выезда и въезда в Российскую Федерацию).

На территории России действуют Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федера-

ции» (утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 1 сентября 2005 г. № 546).

В соответствии с Правилами **Медицинская помощь в экстренной форме** при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, оказывается иностранным гражданам медицинскими организациями **бесплатно**.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается иностранным гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения указанная медицинская помощь оказывается иностранным гражданам бесплатно.

Однако необходимо понимать, что беременность не является заболеванием. С точки зрения Википедии, «Бере́менность челове́ка (лат. *graviditas*) — особое состояние организма женщины, при котором в её репродуктивных органах находится развивающийся эмбрион или плод». Поэтому беременную гражданку иностранного государства следует настраивать на то, что роды для нее на территории России будут платными.

В критической сложной жизненной ситуации для оплаты родов и содержания матери и ребенка в учреждении родовспоможения можно в качестве варианта обратиться за помощью к национальным диаспорам.

В соответствии с Письмом ФФОМС от 03.11.1999 № 5545/30-3/и «О медицинском страховании иностранных граждан» Согласно статье 8 Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» иностранные граждане, **постоянно проживающие** в Российской Федерации, имеют такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации, если международными договорами не предусмотрено иное.

Медицинское страхование иностранных граждан, временно находящихся в Российской Федерации, осуществляется в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Иностранные граждане, являющиеся застрахованными лицами в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», имеют право на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

Таким образом, беременной женщине, имеющей гражданство другой страны, надо рекомендовать оформить медицинский полис. При наличии у нее полиса обязательного медицинского страхования она имеет право получать все основные базовые виды медицинской помощи в любой точке России.

Беременной гражданке иностранного государства можно предложить выехать за пределы России и родить ребенка у себя в стране, чтобы в соответствии с законами ее государства получить все причитающиеся ей социальные пособия и льготы.

В качестве дополнительной помощи можно обратиться к работодателю иностранного гражданина, возможно работодатель оформлял на своих сотрудников полисы добровольного медицинского страхования.

Также за помощью можно обратиться в национальные общественные организации.

### **Проблемы с гражданством (отсутствие, трудности получения)**

Всеми вопросами гражданства, миграции, получения разрешения на работу занимается Главное управление по вопросам миграции МВД России. Именно туда следует направить беременную для получения консультации и помощи.

Статья 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гласит, что «каждый имеет право на медицинскую помощь».

Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации.

Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Таким образом, при рассмотрении вопроса об оказании медицинской помощи иностранным гражданам следует обращаться к нормам международных договоров, заключенных между РФ и иными государствами.

На территории России действуют Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федера-

ции» (утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 1 сентября 2005 г. № 546).

В соответствии с Правилами Медицинская помощь иностранным гражданам, временно пребывающим (временно проживающим) или постоянно проживающим в Российской Федерации, оказывается медицинскими и иными осуществляющими медицинскую деятельность организациями.

**Медицинская помощь в экстренной форме** при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, оказывается иностранным гражданам медицинскими организациями **бесплатно**.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается иностранным гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения указанная медицинская помощь оказывается иностранным гражданам бесплатно.

Иностранные граждане, являющиеся застрахованными лицами в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», имеют право на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

Таким образом, беременной женщине, имеющей гражданство другой страны, надо рекомендовать оформить медицинский полис. При наличии у нее полиса обязательного медицинского страхования она имеет право получать все основные базовые виды медицинской помощи в любой точке России.

### **Проблемы с регистрацией по месту жительства**

Необходимо отметить, что на граждан РФ возложена обязанность регистрации по месту проживания. Проживание гражданина Российской Федерации по месту пребывания или по месту жительства в жилом помещении без регистрации влечет привлечение к административной ответственности (ст. 19.15.1 КоАП).

Однако наличие штампа о регистрации в паспорте не имеет никакого значения для получения человеком медицинской помощи. Статья 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны

здоровья граждан в Российской Федерации» гласит, что «каждый имеет право на медицинскую помощь».

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, **места жительства**, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств.

Следует учитывать, что в соответствии с ч. 1 ст. 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

- на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;
- на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Кроме того, в соответствии с п.п. 4-5 ст. 16 того же закона, застрахованные лица имеют право на выбор медицинской организации и врача (так называемое «прикрепление» к поликлинике), а в соответствии с п. 1 ч. 2 ст. 20 того же закона, медицинские организации обязаны бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Таким образом, независимо от того, есть или нет, в каком регионе у беременной регистрация, она имеет право получать все основные базовые виды медицинской помощи в любой точке России при наличии у нее полиса обязательного медицинского страхования.

Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

За оказание некачественной медицинской помощи, за неоказание помощи больному врачи и медицинская организация несут гражданскую, административную и даже уголовную ответственность.

Так, например, в соответствии со ст. 124 Уголовного кодекса РФ неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обя-

занным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, —

наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до четырех месяцев.

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, —

наказывается принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

## **Глава 8. Проблемы ценностной сферы и установок**

### **Жесткие установки относительно родительства**

#### **На определенное количество детей в семье**

Политика одного ребёнка на одну семью (или «одна семья — один ребёнок») — демографическая политика зарубежных стран, например Китая. Негативные результаты политики одного ребёнка Китай окончательно осознал в 2013 году, когда было зафиксировано сокращение работоспособного населения. В настоящее время в Китае было официально объявлено, что политика «одна семья — один ребёнок» будет отменена.

В данной ситуации следует говорить о том, что Россия проводит другую демографическую политику. Материнство и детство находятся под защитой государства.

В нашей стране отсутствует законодательно установленный лимит на количество детей для одной семьи.

Более того, государство взяло на себя обязательства в части социального благополучия населения, увеличения темпов рождаемости.

На территории Российской Федерации действует Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государствен-



ной поддержки семей, имеющих детей». На территории Свердловской области действует Закон Свердловской области № 86-ОЗ от 20.10.2011 г. «Об областном материнском (семейном) капитале» разработан на основании федерального законодательства. В соответствии с данными нормативными актами у женщин, родивших (усыновивших) второго ребенка появляется право на дополнительные меры государственной поддержки («Материнский капитал»).

Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (статья 41 Конституция РФ).

Федеральным законом «Об образовании в РФ» гарантировано бесплатное получение образования каждому ребенку.

### **На разницу в возрасте между детьми**

Права женщины в сфере материнства реализуются в отношении каждого ее ребенка. Каждый ребенок в семье имеет равные права и равные возможности.

В отношении каждого ребенка родители несут ответственность за воспитание и развитие. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии каждого из своих детей.

Если родители будут надлежащим образом исполнять возложенные на них семейным законодательством обязанности в отношении каждого из своих детей, то и отношение старших братьев, сестер к еще не рождённому ребенку будет доброжелательное и приветливое.

В соответствии с трудовым законодательством, если женщина, находясь в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, вновь забеременела, то закон позволяет ей, не выходя из первого отпуска, оформить очередной оплачиваемый отпуск сначала по беременности и родам, а потом и отпуск по уходу за вторым рожденным ребенком.

В соответствии со ст. 67 Федерального закона «Об образовании в РФ» получение дошкольного образования в образовательных организациях может начинаться уже по достижении детьми возраста двух месяцев. При зачислении в образовательную организацию учитывается пожелание родителей, чтобы братья и сестры воспитывались, обучались вместе.

Таким образом, у женщины есть возможность устроить своих детей в одну образовательную организацию дошкольного образования и освободившееся время использовать по своему усмотрению.

### **На пол ребенка**

В России запрещена дискриминация человека по каким-либо мотивам, в том числе по признаку половой принадлежности.

Права женщины в сфере материнства реализуются в отношении каждого ее ребенка. Каждый ребенок в семье независимо от его пола имеет равные права и равные возможности.

В соответствии с Конституцией РФ Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Мужчина и женщина имеют равные права и свободы и равные возможности для их реализации.

Запрещаются любые формы ограничения прав граждан по признакам социальной, расовой, национальной, языковой или религиозной принадлежности.

Лицо, виновное в дискриминации человека подлежит гражданской (в части возмещения морального вреда), административной, уголовной ответственности.

Так, например, в соответствии со ст. 5.62 Кодекса РФ об административных правонарушениях «Дискриминация, то есть нарушение прав, свобод и законных интересов человека и гражданина в зависимости от его пола, расы, цвета кожи, национальности, языка, происхождения, имущественного, семейного, социального и должностного положения, возраста, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности или непринадлежности к общественным объединениям или каким-либо социальным группам, —

влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от одной тысячи до трех тысяч рублей; на юридических лиц — от пятидесяти тысяч до ста тысяч рублей».

### **На то, что ребенок может родиться только в браке**

В РФ запрещена дискриминация человека по каким-либо мотивам, в том числе по признаку происхождения.

Каждый ребенок имеет равные права и равные возможности.

Важно донести до беременной женщины, что в соответствии со статьей 53 Семейного кодекса РФ дети, рожденные вне брака, имеют такие же права и обязанности по отношению к родителям и их родственникам, какие имеют дети, родившиеся от лиц, состоящих в браке между собой.

Если беременная женщина в зарегистрированном браке не состоит и переживает, что у ребенка не будет отца, то ей надлежит разъяснить, что она имеет право установить в отношении малыша отцовство. Отцовство устанавливается путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка либо в судебном порядке. По завершению процедуры женщина получает свидетельство об установлении отцовства.

По семейному законодательству РФ Родители имеют равные права и несут равные обязанности в отношении своих детей (родительские права).

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

Таким образом, мужчина будет обязан содержать ребенка, отцом которого является, и участвовать в его воспитании, образовании.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

В соответствии с административным законодательством неуплата родителем без уважительных причин в нарушение решения суда средств на содержание несовершеннолетних детей либо нетрудоспособных детей, достигших восемнадцатилетнего возраста, в течение двух и более месяцев со дня возбуждения исполнительного производства, влечет обязательные работы на срок до ста пятидесяти часов либо административный арест на срок от десяти до пятнадцати суток или наложение административного штрафа в размере двадцати тысяч рублей.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

## На обязательную «желанность» и «запланированность» ребенка

В подобной ситуации следует выяснить позицию в отношении беременности не только матери, но и отца ребенка. Ведь родители имеют равные права и обязанности в отношении детей.

С одной стороны, безусловно, в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

С другой стороны, в соответствии с семейным законодательством с момента регистрации брака между супругами возникают в отношении друг друга взаимные права и обязанности, которые надлежит исполнять.

В соответствии со ст. 31 Семейного кодекса РФ Супруги обязаны строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения и взаимопомощи, содействовать благополучию и укреплению семьи, заботиться о благосостоянии и развитии своих детей.

Вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами **совместно** исходя из принципа равенства супругов.

Таким образом, на основании вышеизложенного, если женщина состоит в зарегистрированном браке, она обязана, руководствуясь принципом равенства супругов, поставить мужа в известность о своей беременности, потому что решение о рождении ребенка должно быть принято совместно с учетом мнений обеих сторон.

В ситуации, если женщина считает беременность нежеланной, надлежит выяснить ее позицию относительно материнства, может, она не готова в личностном плане к роли матери. В ситуации неготовности одного из родителей важно распределить ответственность за появление ребенка между ними обоими, поскольку вопросы материнства и отцовства должны решаться супругами совместно.

Вне зависимости от наличия зарегистрированного брака мужчина является отцом будущего ребенка, а соответственно несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

В поисках дополнительного источника помощи в воспитании будущего ребенка имеет смысл обратить внимание на других членов семьи беременной женщины.

По семейному законодательству дедушка, бабушка, братья, сестры и другие родственники также имеют право на общение с ребен-

ком. Поэтому в ситуации неготовности беременной женщины к роли мамы имеет место привлечь к заботе о ребенке и их в том числе.

### **На нежелание вынашивать многоплодную беременность**

При возникновении подобных вопросов нужно выяснить, чем именно вызвано нежелание вынашивать многоплодную беременность.

В ситуации, когда женщина беспокоится о проблемах беременности или родов, важное значение имеет степень ее владения информацией об этом.

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и назначаемом лечении.

Если женщина переживает, что не успеет восстановить здоровье, то нужно довести до нее, что в соответствии со ст. 255 Трудового кодекса РФ в случае многоплодной беременности ей будет предоставлен удлиненный отпуск по беременности и родам продолжительностью 84 календарных дня до родов и при рождении двух или более детей — 110 календарных дней после родов с выплатой пособия по государственному социальному страхованию в установленном федеральными законами размере.

Если беременная женщина опасается материальных трудностей, то ей следует рассказать о программе «материнского капитала».

На территории Российской Федерации действует Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей».

На территории Свердловской области действует Закон Свердловской области № 86-ОЗ от 20.10.2011 г. «Об областном материнском (семейном) капитале» разработан на основании федерального законодательства.

Так, женщин, родивших (усыновивших) второго ребенка или последующих детей появляется право на дополнительные меры государственной поддержки («Материнский капитал»).

Выплата денежных средств осуществляется как из федерального бюджета, так и бюджета Свердловской области одновременно.

Распоряжаться полученными средствами можно по следующим направлениям:

- 1) улучшение жилищных условий;
- 2) получение образования ребенком (детьми);
- 3) формирование накопительной пенсии для женщин;
- 4) приобретение товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов.

За дополнительной информацией и полным перечнем полагающихся семье льгот следует обращаться в органы социального обслуживания населения.

### **Приоритет иных планов перед рождением ребенка**

#### **Материальных ценностей и благосостояния**

Приоритеты в течение жизни у человека меняются. В будущем возможно по состоянию здоровья уже не получится наращивать свое материальное благосостояние.

Важно помнить, что по принципу взаимности трудоспособные совершеннолетние дети обязаны содержать своих нетрудоспособных нуждающихся в помощи родителей и заботиться о них (статья 87 Семейного кодекса РФ).

Получается, что сначала вы тратите свои силы и средства на воспитание детей, а потом дети заботятся о вас.

Если беременная женщина опасается материальных трудностей, то ей следует рассказать о программе «материнского капитала».

На территории Российской Федерации действует Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей».

На территории Свердловской области действует Закон Свердловской области № 86-ОЗ от 20.10.2011 г. «Об областном материнском (семейном) капитале» разработан на основании федерального законодательства.

Так, женщин, родивших (усыновивших) второго ребенка или последующих детей появляется право на дополнительные меры государственной поддержки («Материнский капитал»).

Выплата денежных средств осуществляется как из федерального бюджета, так и бюджета Свердловской области одновременно.

Распоряжаться полученными средствами можно по следующим направлениям:

- 1) улучшение жилищных условий;
- 2) получение образования ребенком (детьми);
- 3) формирование накопительной пенсии для женщин;
- 4) приобретение товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов.

За дополнительной информацией и полным перечнем полагающихся семье льгот следует обращаться в органы социального обслуживания населения.

Отпуска по уходу за ребенком могут быть использованы полностью или по частям также отцом ребенка, бабушкой, дедом, другим родственником или опекуном, фактически осуществляющим уход за ребенком. То есть мать ребенка может позволить себе продолжать трудовую деятельность и обеспечивать семью.

### **Ценности комфорта, личных планов (поездки, отпуска, досуга)**

В соответствии со ст. 67 Федерального закона «Об образовании в РФ» получение дошкольного образования в образовательных организациях может начинаться уже по достижении детьми возраста двух месяцев. Получение начального общего образования в образовательных организациях начинается по достижении детьми возраста шести лет и шести месяцев.

Таким образом, женщина имеет право зачислить детей в образовательные организации, и тогда у нее освободится время для себя, общения с друзьями или выхода на работу.

Женщинам по их заявлению и на основании выданного в установленном порядке листка нетрудоспособности предоставляются сначала отпуск по беременности и родам, затем отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет (статья 255, статья 256 Трудового кодекса РФ). Это время отпуска можно использовать для совместных семейных путешествий или для личного самосовершенствования.

При наличии желания и возможностей девушка может выйти на работу в любое время. Трудовой кодекс не ограничивает право женщины прервать отпуск по уходу за ребенком до трех лет до его истечения.

Не стоит забывать, что работодатель обязан на этот период сохранять за женщиной место работы.

Отпуска по уходу за ребенком могут быть использованы полностью или по частям также отцом ребенка, бабушкой, дедом, другим родственником или опекуном, фактически осуществляющим уход за ребенком. То есть мать ребенка может позволить себе продолжать трудовую деятельность и строить карьеру.

По семейному законодательству дедушка, бабушка, братья, сестры и другие родственники также имеют право на общение с ребенком. Поэтому при необходимости матери ребенка отлучиться, уехать в отпуск или выйти на работу имеет место привлечь к заботе о детях и других членов семьи.

Чтобы избежать социальной изоляции, можно посоветовать беременной женщине дистанционное обучение. Это поможет и приобрести, возможно, дополнительную профессию или усовершенствовать имеющиеся знания, отточить навыки.

Все эти меры способствуют освобождению большего количества времени для семейного времяпрепровождения или общения с друзьями.

## **Ценности красоты, здоровья**

Безусловно, для каждого человека важно быть здоровым, то есть пребывать в состоянии физического, психического и социального благополучия, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма (статья 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Но скорее всего страх женщины потерять при беременности красоту и здоровье вызван ее неосведомленностью, ограничением степенью владения информацией по этому вопросу. В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Данная информация предоставляется лечащим врачом.



Таким образом, беременная женщина вправе обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных последствиях и изменениях в ее организме в результате беременности и родов.

При оказании медицинской помощи реализуется принцип приоритета интересов пациента. Медицинская помощь оказывается с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций.

Если устранение изменений во внешности женщины во время беременности и родов входит в объем медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий, то медицинская организация обязана ее оказать без взимания платы.

Стоит обратить внимание, что в соответствии с Конституцией РФ Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления.

Таким образом, дискриминация женщины по каким-либо обстоятельствам, в том числе по причине ее внешности, уровня здоровья запрещена законом.

### **Смежных с родительством отношений (с женщиной, с родителями, иными знакомыми)**

Следует помнить, что семейные права (в том числе и право на материнство) охраняются законом.

В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

В подобных ситуациях специалисту надо выяснить причины, по которым женщина отдает приоритет отношениям с мужчиной, родителями, иными лицами над желанием стать матерью.

Если женщина опасается, что ее беременность разрушит брак или отношения с женщиной, отцом ребенка, то государство предоставляет женщине защиту от развода на период беременности и до года после рождения ребенка.

Семейным кодексом РФ (статьей 17) установлены ограничения для мужчины вправе требовать расторжения брака. Так, муж не имеет

права без согласия жены возбуждать дело о расторжении брака во время беременности жены и в течение года после рождения ребенка.

В соответствии с Семейным кодексом родители имеют равные права и несут равные обязанности в отношении своих детей. Даже если в будущем мужчина и женщина не будут встречаться, сожительствовать родителями ребенка они останутся на всю жизнь. Вне зависимости от наличия зарегистрированного брака мужчина является отцом будущего ребенка, а соответственно несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

Если родители беременной женщины оказывают на нее давление в принятии решения материнства, то имеет смысл напомнить ей, что в соответствии с Семейным кодексом РФ родительские права, прекращаются по достижении детьми возраста восемнадцати лет (совершеннолетия).

Таким образом, с момент совершеннолетия или установления полной эмансипации родители не имеют права влиять на принятие решений детьми, человек становится полностью дееспособным и несет сам ответственность за свое здоровье и принятые им решения.

Никто не вправе принуждать женщину как к рождению ребенка, так и к отказу от этого.

Что касается отношений с иными знакомыми, то, как определено в Семейном кодексе РФ вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами. И именно мнение супруга должно учитываться при принятии решения о рождении ребенка.

Мнение всех остальных членов семьи, а также друзей и знакомых носит второстепенный характер, и беременная женщина не должна при принятии решения руководствоваться их точкой зрения по этому вопросу.

Кроме того, в соответствии со ст. 67 Федерального закона «Об образовании в РФ» получение дошкольного образования в образовательных организациях может начинаться уже по достижении детьми возраста двух месяцев. Таким образом, женщина имеет право зачислить ребенка в образовательную организацию, и тогда у нее освободится время для себя, общения с родителями, друзьями или выхода на работу.

По семейному законодательству дедушка, бабушка, братья, сестры и другие родственники также имеют право на общение с ребен-

ком. Поэтому при необходимости матери ребенка отлучиться, уехать в отпуск или выйти на работу имеет место привлечь к заботе о детях и других членов семьи.

### **Нежелание быть родителями**

#### **Отсутствие мотивации в данный момент. Нежелание иметь детей вообще**

При возникновении подобных вопросов нужно выяснить, чем именно вызвано нежелание женщины быть матерью.

Постараться найти дополнительные стимулы для пары стать родителями.

В ситуации, когда женщина беспокоится о проблемах беременности или родов, важное значение имеет степень ее владения информацией об этом.

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и назначаемом лечении.

Если беременная женщина опасается материальных трудностей в связи с наличием старших детей, то ей следует рассказать о программе «материнского капитала».

На территории Российской Федерации действует Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей».

На территории Свердловской области действует Закон Свердловской области № 86-ОЗ от 20.10.2011 г. «Об областном материнском (семейном) капитале» разработан на основании федерального законодательства.

При страхе пожизненно нести ответственность за детей стоит сказать, что родительские права и обязанности не вечны, они прекраща-

ются по достижении детьми возраста восемнадцати лет (совершеннолетия), а также при вступлении несовершеннолетних детей в брак и в других установленных законом случаях приобретения детьми полной дееспособности до достижения ими совершеннолетия. Обязанность родителей содержать совершеннолетних детей сохраняется только в случае их нетрудоспособности.

Важно сказать о том, что по принципу взаимности трудоспособные совершеннолетние дети обязаны содержать своих нетрудоспособных нуждающихся в помощи родителей и заботиться о них (статья 87 Семейного кодекса РФ).

Получается, что сначала вы тратите свои силы и средства на воспитание детей, а потом дети заботятся о вас.

В поисках дополнительного источника помощи в воспитании будущего ребенка имеет смысл обратить внимание на других членов семьи беременной женщины.

По семейному законодательству дедушка, бабушка, братья, сестры и другие родственники также имеют право на общение с ребенком. Поэтому в ситуации неготовности беременной женщины к роли мамы имеет место привлечь к заботе о ребенке и их в том числе.

Если беременная женщина оказалась в трудной жизненной ситуации, ей необходима помощь психолога, психотерапевта и т.д., она может бесплатно обратиться за ее оказанием в медицинскую организацию.

Поскольку каждый имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2007 г. № 389 при женских консультациях создаются Кабинеты медико-социальной помощи женской консультации.

На территории Свердловской области также организованы центры медико-социальной поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации (центры кризисной беременности) (Приказ Минздрава Свердловской области от 27.12.2011 № 1575-п).

В подобного рода учреждениях всегда готовы оказать будущим мамам эмоциональную поддержку, дать консультацию по волнующим их вопросам.

## Преступила национальные традиции, культурные установки своего народа

В современном демократическом обществе одним из важнейших фундаментальных принципов является равенство всех людей в части обладания и защиты своих прав и свобод.

Россия — демократическое правовое государство. Человек, его права и свободы являются высшей ценностью.

В соответствии со статьей 14 Конституции Российская Федерация — светское государство. Никакая религия не может устанавливаться в качестве государственной или обязательной.

Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, **расы, национальности**, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, **отношения к религии, убеждений**, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Запрещаются любые формы ограничения прав граждан по признакам социальной, расовой, национальной, языковой или религиозной принадлежности. В соответствии с законом каждый вправе определять и указывать свою национальную принадлежность, то есть при желании можно не указывать национальность рожденного ребенка. Никто не может быть принужден к определению и указанию своей национальной принадлежности.

Человека, который оказывает давление на беременную женщину по вышеуказанным мотивам, следует привлечь к ответственности, установленной законом.

Так, лицо, виновное в дискриминации человека подлежит гражданской (в части возмещения морального вреда), административной, уголовной ответственности.

В частности, Уголовный кодекс РФ предусматривает как отягчающее вину обстоятельство, совершение преступления по мотиву расовой, национальной, религиозной ненависти или вражды (п.е ч.1.ст.63). Он же вводит самостоятельную уголовную ответственность за дискриминацию, то есть нарушение прав, свобод и законных интересов человека и гражданина в зависимости от его пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям или каким-либо социальным группам (ст.136 УК РФ).

Аналогичная норма также закреплена в Кодексе РФ об административных правонарушениях (статья 5.62 Дискриминация).

## **Глава 9. Психологические проблемы и страхи**

### **Ощущение дискомфорта и ограничений от факта родительства**

#### **Страх социальной изоляции**

В соответствии со ст. 67 Федерального закона «Об образовании в РФ» получение дошкольного образования в образовательных организациях может начинаться уже по достижении детьми возраста двух месяцев. Получение начального общего образования в образовательных организациях начинается по достижении детьми возраста шести лет и шести месяцев.

Таким образом, женщина имеет право зачислить детей в образовательные организации, и тогда у нее освободится время для себя, общения с друзьями или выхода на работу.

Трудовой кодекс не ограничивает право женщины прервать отпуск по уходу за ребенком до полутора лет до его истечения.

Не стоит забывать, что работодатель обязан на этот период сохранять за женщиной место работы.

По семейному законодательству дедушка, бабушка, братья, сестры и другие родственники также имеют право на общение с ребенком. Поэтому в ситуации страха социальной изоляции имеет место привлечь к заботе о детях и других членов семьи.

Все эти меры способствуют освобождению большего количества времени для семейного времяпрепровождения или общения с друзьями.

В последнее время наблюдается тенденция к открытию школ раннего развития, где можно находиться совместно с ребенком, и пока малыш развивается, их родители общаются на отвлеченные темы. Это безусловно, расширит круг знакомств по интересам и поможет обрести новых друзей.

Также, в практически каждом торговом центре расположены комнаты для кормления, игровые комнаты, где можно оставить ребенка под присмотром, и отправиться, например, за покупками, на встречу с друзьями.

Чтобы избежать социальной изоляции, можно посоветовать беременной женщине дистанционное обучение. Это поможет и приобрести,

возможно, дополнительную профессию или усовершенствовать имеющиеся знания, отточить навыки.

## **Усталость от родительства**

Несмотря на возможную усталость от родительства, в соответствии с семейным законодательством на родителей возложены обязанности по содержанию, воспитанию, образованию своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей.

Но родительские права и обязанности не вечны, они прекращаются по достижении детьми возраста восемнадцати лет (совершеннолетия), а также при вступлении несовершеннолетних детей в брак и в других установленных законом случаях приобретения детьми полной дееспособности до достижения ими совершеннолетия. Обязанность родителей содержать совершеннолетних детей сохраняется только в случае их нетрудоспособности.

Важно сказать о том, что по принципу взаимности трудоспособные совершеннолетние дети обязаны содержать своих нетрудоспособных нуждающихся в помощи родителей и заботиться о них (статья 87 Семейного кодекса РФ).

Получается, что сначала вы тратите свои силы и средства на воспитание детей, а потом дети заботятся о вас.

По семейному законодательству на братьев и сестер также возлагается обязанность содержать своих несовершеннолетних и нетрудоспособных совершеннолетних братьев и сестер, в случае если родители не смогут их обеспечивать (статья 93 Семейного кодекса РФ). Что, безусловно, является дополнительной гарантией для родителей еще не рождённого ребенка.

При решении проблемы усталости от родительства можно привлечь в помощь образовательное учреждение. В каникулярное время школа или детский сад могут организовать отдых и оздоровление старших детей, создать условия для занятия обучающимися физической культурой и спортом.

Кроме того в образовательной организации, как дошкольного образования, так и основного общего работают специалисты в разных отраслях, женщине со старшим ребенком, испытывающим трудности, могут при необходимости оказать помощь психолог, логопед, дефектолог и другие специалисты. В школе реализуются программы дополнительного образования: различные кружки, секции, выезды на экскурсии.

## Ощущение родительской неуспешности

Права женщины в сфере материнства реализуются в отношении каждого ее ребенка.

Каждый ребенок в семье имеет равные права и равные возможности.

В отношении каждого родители несут ответственность за воспитание и развитие. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии каждого из своих детей.

Каждый человек индивидуален, именно родителям предоставлено преимущественное право на обучение и воспитание своих детей (статья 63 Семейного кодекса РФ).

Если в воспитании старших детей наблюдались трудности в воспитании, обучении, то предвидя это, можно заранее привлечь в помощь образовательное учреждение.

В образовательной организации, как дошкольного образования, так и основного общего работают специалисты в разных отраслях, женщине с ребенком, испытывающим трудности, могут при необходимости оказать помощь психолог, логопед, дефектолог и другие специалисты. В школе реализуются программы дополнительного образования: различные кружки, секции, выезды на экскурсии.

Школа и детский сад несут ответственность за соответствие качества подготовки обучающихся установленным требованиям, соответствие применяемых форм, средств, методов обучения и воспитания возрастным, психофизическим особенностям, склонностям, способностям, интересам и потребностям обучающихся.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы **по вопросам планирования семьи**, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические и другие консультации и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства».

Таким образом, если у будущей мамы есть сомнения или подозрения, что имеются какие-либо отклонения в развитии у плода или



что развитие младшего ребенка, также как и старших детей, будет нарушено, она вправе без взимания платы обратиться за разъяснением, консультациями, получением лечения к специалистам.

Важно помнить, что каждый ребенок в равной степени имеет право на качественную медицинскую помощь и заботу родителей.

### **Социально-психологические страхи**

#### **Не выйти замуж или остаться одной с ребенком**

По семейному законодательству наличие у женщины ребенка не является препятствием для заключения брака.

Кроме того, если женщина опасается, что другой мужчина не захочет обеспечивать содержание ее будущего ребенка, то следует напомнить, что у ребенка есть отец, и соответственно он несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

Для того, чтобы у женщины были гарантии исполнения мужчиной свои обязанностей родителя необходимо установить отцовство ребенка (в случае если мужчина и женщина не состоят в зарегистрированном браке).

Это можно сделать как в добровольном порядке путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка, так и в судебном путем подачи искового заявления в суд.

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

Также, мужчина, который не является отцом ее ребенка, но с которым женщина планирует построить новую семью, может усыновить (удочерить) ее ребенка. После того как процедура усыновления будет пройдена, на этого мужчину будут возложены обязательства по содержанию, воспитанию, образованию усыновленного ребенка.

#### **Не суметь вырастить или воспитать ребенка**

В соответствии со ст. 31 Семейного кодекса РФ Супруги обязаны строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения и взаимопомощи, содействовать благополучию и укреплению семьи, заботиться о благосостоянии и развитии своих детей.

Вопросы материнства, отцовства, **воспитания, образования** детей и другие вопросы жизни семьи **решаются супругами совместно** исходя из принципа равенства супругов.

Вне зависимости от наличия зарегистрированного брака мужчина является отцом будущего ребенка, а соответственно несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

Таким образом, при решении вопроса о воспитании ребенка следует привлечь для помощи и мужчину.

При решении трудностей в воспитании, обучении детей в будущем можно привлечь в помощь образовательное учреждение. Ведь в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» образовательная организация должна постоянно совершенствовать методы обучения и воспитания ребенка, создать условия для занятия обучающимися физической культурой и спортом.

В каникулярное время школа или детский сад могут организовать отдых и оздоровление ребенка, тем самым освободить время и внимание мамы для других членов семьи.

Кроме того в образовательной организации, как дошкольного образования, так и основного общего работают специалисты в разных отраслях, женщине со старшим ребенком, испытывающим трудности, могут при необходимости оказать помощь психолог, логопед, дефектолог и другие специалисты. В школе реализуются программы дополнительного образования: различные кружки, секции, выезды на экскурсии.

Школа и детский сад несут ответственность за соответствие качества подготовки обучающихся установленным требованиям, соответствие применяемых форм, средств, методов обучения и воспитания возрастным, психофизическим особенностям, склонностям, способностям, интересам и потребностям обучающихся.

По семейному законодательству дедушка, бабушка, братья, сестры и другие родственники также имеют право на общение с ребенком. Поэтому в ситуации страха не суметь воспитать малыша можно привлечь к заботе о нем и других членов семьи.

### **Не сможет обеспечить семью и ребенка**

Следует отметить, что в соответствии со статьей 10 Семейного кодекса РФ права и обязанности супругов возникают со дня государственной регистрации заключения брака в органах записи актов гражд-

данского состояния (ЗАГСе). Таким образом, с момента регистрации брака между супругами возникают в отношении друг друга взаимные права и обязанности, которые надлежит исполнять.

В соответствии со ст. 31 Семейного кодекса РФ Супруги обязаны строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения и взаимопомощи, содействовать благополучию и укреплению семьи, заботиться о благосостоянии и развитии своих детей.

В соответствии с Семейным кодексом (статья 80) родители имеют равные права и несут равные обязанности в отношении своих детей.

Отец ребенка обязан содержать его, помогать в воспитании и образовании. Таким образом, если малыш рождается в полной семье, оба родителя несут равные обязанности по его содержанию и обеспечению законных интересов.

Если женщина в зарегистрированном браке не состоит, то ей надо будет установить отцовство в отношении мужчины, кто фактически зачал ей ребенка. Отцовство устанавливается путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка либо в судебном порядке.

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

В соответствии с административным законодательством неуплата родителем без уважительных причин в нарушение решения суда средств на содержание несовершеннолетних детей либо нетрудоспособных детей, достигших восемнадцатилетнего возраста, в течение двух и более месяцев со дня возбуждения исполнительного производства, влечет обязательные работы на срок до ста пятидесяти часов либо административный арест на срок от десяти до пятнадцати суток или наложение административного штрафа в размере двадцати тысяч рублей.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

Также Семейный кодекс РФ позволяет в случае невозможности получения содержания от своих родителей несовершеннолетним нуждающимся детям получить содержание от других членов семьи (бабушек, дедушек, братьев, сестер).

Кроме того, отпуска по уходу за ребенком могут быть использованы полностью или по частям также отцом ребенка, бабушкой, дедом, другим родственником или опекуном, фактически осуществляющим уход за ребенком. То есть мать ребенка может позволить себе продолжать трудовую деятельность и обеспечивать семью.

### **Осуждение обществом рождения вне брака**

Материнство и детство также находятся под защитой государства. Каждый ребенок имеет равные права и равные возможности.

В РФ запрещена дискриминация человека по каким-либо мотивам, в том числе по признаку происхождения.

В соответствии с Конституцией РФ Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, **происхождения**, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Лицо, виновное в дискриминации человека подлежит гражданской (в части возмещения морального вреда), административной, уголовной ответственности.

Так, например, в соответствии со ст. 5.62 Кодекса РФ об административных правонарушениях «Дискриминация, то есть нарушение прав, свобод и законных интересов человека и гражданина в зависимости от его пола, расы, цвета кожи, национальности, языка, происхождения, имущественного, семейного, социального и должностного положения, возраста, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности или непринадлежности к общественным объединениям или каким-либо социальным группам, –

влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от одной тысячи до трех тысяч рублей; на юридических лиц — от пятидесяти тысяч до ста тысяч рублей».

Также в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина **самостоятельно** решает вопрос о материнстве.

Если беременная женщина в зарегистрированном браке не состоит и переживает, что у ребенка не будет отца, то ей надлежит разъяснить, что она имеет право установить в отношении малыша отцовство. Отцовство устанавливается путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка либо в судебном порядке. По завершению процедуры женщина получает свидетельство об установлении отцовства.

По семейному законодательству РФ Родители имеют равные права и несут равные обязанности в отношении своих детей (родительские права).

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

Таким образом, мужчина будет обязан содержать ребенка, отцом которого является, и участвовать в его воспитании, образовании.

Важно донести до беременной женщины, что в соответствии со статьей 53 Семейного кодекса РФ дети, рожденные вне брака, имеют такие же права и обязанности по отношению к родителям и их родственникам, какие имеют дети, родившиеся от лиц, состоящих в браке между собой.

### **Беременность на фоне тревоги депрессии, тяжелого душевного состояния, не имеющего объективного подтверждения**

Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Если беременная женщина оказалась в трудной жизненной ситуации, ей необходима помощь психолога, психотерапевта и т.д., она может бесплатно обратиться за ее оказанием в медицинскую организацию.

Поскольку каждый имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2007 г. № 389 при женских консультациях создаются Кабинеты медико-социальной помощи женской консультации.

На территории Свердловской области также организованы центры медико-социальной поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации (центры кризисной беременности) (Приказ Минздрава Свердловской области от 27.12.2011 № 1575-п).

В подобного рода учреждениях всегда готовы оказать будущим мамам эмоциональную поддержку, дать консультацию по волнующим их вопросам.

В ситуации, когда женщина беспокоится о проблемах беременности или здоровья плода, важное значение имеет степень ее владения информацией об этом.

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и назначаемом лечении.

Таким образом, беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных последствиях и изменениях в ее организме в результате беременности и родов, травмах и боли.

И в первую очередь, чтобы убедиться, что беременность протекает благополучно, ее будущий ребенок здоров.

Следует довести до беременной женщины информацию, что если бы у нее действительно были серьезные проблемы с развитием плода, то лечащий врач обязательно бы сообщил ей об этом.

Помимо всего прочего, система здравоохранения и оказания медицинской помощи постоянно совершенствуются, развиваются как сами лечебные учреждения — оснащаются передовым оборудованием, так и постоянно повышают квалификацию медицинские работники.

На уровне Российской Федерации в настоящий момент реализуется Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» до 2020г. и многие другие. Все это делается для повышения качества оказания медицинской помощи.

## Личная незрелость

Чаще всего личная незрелость женщины наблюдается в ситуациях беременности у несовершеннолетней.

В соответствии с Семейным кодексом РФ родительские права, прекращаются по достижении детьми возраста восемнадцати лет (совершеннолетия). По семейному законодательству родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей. При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию.

Таким образом, до достижения беременной женщины совершеннолетия о ней обязаны заботиться и содержать родители.

По семейному законодательству дедушка, бабушка, братья, сестры и другие родственники также имеют право на общение с ребенком. Поэтому в ситуации личной незрелости беременной женщины к роли мамы имеет место привлечь к заботе о ребенке и их в том числе.

Следует помнить, что в соответствии с Семейным кодексом РФ несовершеннолетние родители имеют права на совместное проживание с ребенком и участие в его воспитании.

Несовершеннолетние родители, не состоящие в браке, в случае рождения у них ребенка и при установлении их материнства и (или) отцовства вправе самостоятельно осуществлять родительские права по достижении ими возраста шестнадцати лет. До достижения несовершеннолетними родителями возраста шестнадцати лет их ребенку назначается опекун, который осуществляет его воспитание совместно с несовершеннолетними родителями ребенка.

На основании вышеизложенного, если незрелость личности проявляется у беременной женщины, не достигшей возраста шестнадцати лет, то возможным выходом из ситуации будет установить опеку над рожденным ребенком взрослым зрелым человеком, например, рассмотреть в качестве опекуна маму этой несовершеннолетней.

Если личностную незрелость ощущает совершеннолетняя беременная женщина, то имеет смысл направить ее на консультацию к психологу, психотерапевту. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» данный вид медицинской помощи оказывается без взимания платы.

## **Ощущение неготовности к роли матери (отца)**

Как показывает опыт работы с беременными женщинами, первая беременность (особенно незапланированная) вызывает у подавляющего большинства современных женщин чувство растерянности, страха. Это понятная реакция, так как большинство из них не имеет опыта общения с младенцем до появления собственного первенца.

В соответствии со ст. 31 Семейного кодекса РФ Супруги обязаны строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения и взаимопомощи, содействовать благополучию и укреплению семьи, заботиться о благосостоянии и развитии своих детей. Вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами совместно исходя из принципа равенства супругов.

В ситуации неготовности одного из родителей важно распределить ответственность за появление ребенка между ними обоими, поскольку вопросы материнства и отцовства должны решаться супругами совместно.

Если мужчина и женщина не состоят в зарегистрированном браке, то шок, неготовность отца ребенка может быть вызван необходимостью, в его понимании, жениться на матери ребенка. Хочется отметить, что в законодательстве не предусмотрена такая обязанность мужчины на обязательное заключение брака в случае беременности женщины. По семейному законодательству заключить брак можно в любой момент как до рождения ребенка, так и после либо совсем не регистрировать отношения («сожительствовать»).

Вне зависимости от наличия зарегистрированного брака мужчина является отцом будущего ребенка, а соответственно несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

В поисках дополнительного источника помощи в воспитании будущего ребенка имеет смысл обратить внимание на других членов семьи беременной женщины.

По семейному законодательству дедушка, бабушка, братья, сестры и другие родственники также имеют право на общение с ребенком. Поэтому в ситуации неготовности беременной женщины к роли мамы имеет место привлечь к заботе о ребенке и их в том числе.

Если беременная женщина оказалась в трудной жизненной ситуации, самостоятельно не справляется со своими страхами, ей необходима помощь психолога, психотерапевта и т.д., она может бесплатно обратиться за ее оказанием в медицинскую организацию.



## Переживания из-за «неподходящего» возраста матери

### Оценка себя как слишком «молодой», оценка себя как «старой»

Начать следует с того, что законодательство РФ не содержит указаний ни на минимальный ни на предельный возраст для рождения детей.

Как определено в Семейном кодексе РФ вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами. Мнение супруга должно учитываться при принятии решения о рождении ребенка.

Поэтому, если женщина состоит в зарегистрированном браке, она обязана, руководствуясь принципом равенства супругов, поставить мужа в известность о своей беременности, потому что решение о рождении ребенка должно быть принято совместно с учетом мнений обеих сторон.

Следует помнить, что в соответствии с семейным законодательством несовершеннолетние родители имеют права на совместное проживание с ребенком и участие в его воспитании.

Несовершеннолетние родители, не состоящие в браке, в случае рождения у них ребенка и при установлении их материнства и (или) отцовства вправе самостоятельно осуществлять родительские права по достижении ими возраста **шестнадцати лет**. До достижения несовершеннолетними родителями возраста шестнадцати лет их ребенку назначается опекун, который осуществляет его воспитание совместно с несовершеннолетними родителями ребенка.

В качестве аргумента сохранить беременность для девушки, получающей среднее специальное или высшее образование, надо сказать, что у женщин, родивших ребенка в период обучения, возникает право на переход с платного обучения на бесплатное (Приказ Министерства образования и науки РФ от 6 июня 2013 г. № 443 «Об утверждении Порядка и случаев перехода лиц, обучающихся по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования, с платного обучения на бесплатное»).

Если переживания, страхи подобного рода оказывают негативное воздействие на беременную женщину, то имеет смысл направить ее на консультацию к психологу, психотерапевту. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» данный вид медицинской помощи оказывается без взимания платы.

В любом случае в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

### **Страх изменения внешности в период беременности и после родов**

Для любого человека важно быть здоровым, то есть пребывать в состоянии физического, психического и социального благополучия, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма (статья 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Данная информация предоставляется лечащим врачом.

Таким образом, беременная женщина вправе обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных последствиях и изменениях в ее организме в результате беременности и родов.

При оказании медицинской помощи реализуется принцип приоритета интересов пациента. Медицинская помощь оказывается с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций.

В своей работе врачи применяют порядки оказания медицинской помощи и ориентируются на стандарты медицинской помощи, медицинская организация обязана предоставить гарантированный объем медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**Отказ** в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации **не допускаются**.

На основании вышеизложенного, если устранение изменений во внешности женщины во время беременности и родов входят в объем медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий, то медицинская организация обязана ее оказать без взимания платы.

Стоит обратить внимание, что в соответствии с Конституцией РФ Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а **также других обстоятельств**. Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления.

Таким образом, дискриминация женщины по каким-либо обстоятельствам, в том числе по причине ее внешности запрещена законом.

### **Страх перед будущим в связи с возможной нестабильностью в стране**

Социальные обязательства государства имеют первоочередную степень важности.

Государственные обязательства в части социального благополучия населения, увеличения темпов рождаемости будут исполняться неукоснительно — вне зависимости от внутренних и внешних условий.

В части проведения социальной политики государство берёт на себя обязанности по обеспечению минимального набора условий для достойной жизни граждан. Речь идёт о медицинском обслуживании и образовании людей, предоставлении льгот определённым категориям населения, выплате зарплат, пособий и пенсий лицам, достигших пенсионного возраста.

Государство исполняет свои обязательства путём финансирования через бюджет всех перечисленных статей расходов.

Материнство и детство также находятся под защитой государства.

На территории Российской Федерации действует Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей». Так, у женщин, родивших (усыновивших) второго ребенка появляется право на дополнительные меры государственной поддержки («Материнский капитал»).

Федеральным законом «Об образовании в РФ» гарантировано бесплатное получение образования ребенком.

По заявлению женщины работодатель за счет Фонда социального страхования предоставляет ей единовременное пособие при рождении ребенка, оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет.

Оказание медицинской помощи регулируется Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Государство гарантирует оказание медицинской помощи за счет средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации **без взимания платы** по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеланий, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические и другие консультации и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства.

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств.

Также регулярно разрабатываются и утверждаются различные государственные программы, направленные на совершенствование качества исполнения государством своих социальных обязательств.

Так, в настоящее время реализуется Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012 — 2017 годы, Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» до 2020г. и многие другие.

Все эти меры позволят выполнить социальные обязательства государства перед гражданами и не допустить возникновения напряженности в обществе.

### **Страх повтора проблем беременности или родов**

В ситуации, когда женщина беспокоится о проблемах беременности или родов, важное значение имеет степень ее владения информацией об этом.

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федера-

ции» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и назначаемом лечении.

Таким образом, беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных последствиях и изменениях в ее организме в результате беременности и родов, травмах и боли.

Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические и другие консультации и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства».

Так, например, в ситуации, если у пары уже родился ребенок с генетическими отклонениями, они при планировании следующего могут безвозмездно обратиться в медицинскую организацию за получением медико-генетической консультации.

Возможно, следует довести до беременной женщины информацию, что по закону при наличии медицинских показаний искусственное прерывание беременности проводится независимо от срока беременности, и если бы у нее действительно были серьезные проблемы с развитием плода, то лечащий врач обязан был бы сообщить ей об этом.

Помимо всего прочего, система здравоохранения и оказания медицинской помощи постоянно совершенствуются, развиваются как

сами лечебные учреждения — оснащаются передовым оборудованием, так и постоянно повышают квалификацию медицинские работники.

На уровне Российской Федерации в настоящий момент реализуется Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» до 2020г. и многие другие. Все это делается для повышения качества оказания медицинской помощи и увеличения рождаемости в стране.

### **Страх родов (боли, травмы, смерти)**

Для любого человека важно быть здоровым, то есть пребывать в состоянии физического, психического и социального благополучия.

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Данная информация предоставляется лечащим врачом.

Таким образом, беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных последствиях и изменениях в ее организме в результате беременности и родов, травмах и боли.

Женщине важно знать, что по закону она **имеет право на облегчение боли**, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами (пп.4 п.5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

В своей работе врачи применяют порядки оказания медицинской помощи и ориентируются на стандарты медицинской помощи, медицинская организация обязана предоставить гарантированный объем медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**Отказ** в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации **не допускаются**.

Если женщина полагает, что ей оказывается медицинская помощь ненадлежащего качества, если полагает, что ее травмы и боли возникли вследствие оказанной ненадлежащей медицинской помощи, то она может обратиться с заявлением с просьбой восстановить нарушенные права:

- на имя главного врача данной медицинской организации;
- в вышестоящую инстанцию Министерство Здравоохранения субъекта;
- в Министерство Здравоохранения РФ;
- в органы прокуратуры РФ;
- в суд.

Хочется отметить, что за оказание некачественной медицинской помощи, за неоказание помощи больному врачи и медицинская организация несут гражданскую, административную и даже уголовную ответственность.

Так, например, в соответствии со ст. 124 Уголовного кодекса РФ неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, —

наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до четырех месяцев.

2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, —

наказывается принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

## Глава 10. Психологические травмы

### Травмирующий опыт собственного материнства

#### **От предыдущих беременностей, родов, мертворождение. Из-за наличия патологий у ранее рожденных детей**

В ситуации, когда женщина беспокоится о проблемах беременности или родах в свете предыдущих беременностей или выявленных патологий у ранее рожденных детей, важное значение имеет степень ее владения информацией об этом вопросе.

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и назначаемом лечении.

Таким образом, беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о протекании беременности, родах, генетической предрасположенности к заболеваниям.

Важно донести до женщины, что каждая беременность индивидуальна, и только лечащий врач может достоверно спрогнозировать все возможные риски и осложнения в ее протекании.

Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по **медико-психологическим аспектам**



семейно-брачных отношений, а также на **медико-генетические** и другие консультации и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства».

Так, например, в ситуации, если у пары уже родился ребенок с генетическими отклонениями, они при планировании следующего могут безвозмездно обратиться в медицинскую организацию за получением медико-генетической консультации.

В своей работе врачи применяют порядки оказания медицинской помощи и ориентируются на стандарты медицинской помощи, медицинская организация обязана предоставить гарантированный объем медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Возможно, следует довести до беременной женщины информацию, что по закону при наличии медицинских показаний искусственное прерывание беременности проводится независимо от срока беременности, и если бы у нее действительно были серьезные проблемы с развитием плода, то лечащий врач обязан был бы сообщить ей об этом.

Если женщина оказалась в трудной жизненной ситуации, ей необходима помощь психолога, психотерапевта и т.д., она может бесплатно обратиться за ее оказанием в медицинскую организацию.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2007 г. № 389 при женских консультациях создаются Кабинеты медико-социальной помощи женской консультации.

На территории Свердловской области также организованы центры медико-социальной поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации (центры кризисной беременности) (Приказ Минздрава Свердловской области от 27.12.2011 № 1575-п).

В подобного рода учреждениях всегда готовы оказать будущим мамам эмоциональную поддержку, дать консультацию по волнующим их вопросам.

Помимо всего прочего, система здравоохранения и оказания медицинской помощи постоянно совершенствуются, развиваются как сами лечебные учреждения — оснащаются передовым оборудованием, так и постоянно повышают квалификацию медицинские работники.

На уровне Российской Федерации в настоящий момент реализуется Государственная программа Российской Федерации «Развитие

здравоохранения» до 2020г. и многие другие. Все это делается для повышения качества оказания медицинской помощи и увеличения рождаемости в стране.

### **Опыт «выживания» женщины с ребенком в сложной жизненной ситуации**

Конкретные рекомендации будут зависеть от того, в какой сложной жизненной ситуации оказалась женщина.

Если женщина столкнется с рукоприкладством или иным жестоким обращением можно рекомендовать ей определенный алгоритм действий.

Для того, чтобы привлечь тирана к ответственности необходимо совершить ряд действий. Прежде всего постараться укрыться в безопасном для себя месте, о котором мужчине (иному лицу) неизвестно. Затем зафиксировать телесные повреждения в медицинской организации, также самостоятельно сделать фотоснимки синяков, кровоподтеков, иных видимых повреждений. Обратиться с заявлением в органы внутренних дел для определения наличия состава уголовного преступления.

Важно помнить, что беременная женщина находится под особой защитой государства. Совершение преступления в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности, а также в отношении малолетнего, другого беззащитного или беспомощного лица является отягчающим наказанием обстоятельством.

Так, например, умышленное причинение тяжелого вреда здоровью (статья 111 Уголовного кодекса РФ) опасного для жизни человека, или повлекшего за собой прерывание беременности наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.

Истязание (статья 117 Уголовного кодекса РФ) в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет.

Возможно привлечь обидчика и к административной ответственности за побои (статья 6.1.1. КоАП РФ). После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

Если отец ребенка уклоняется от исполнения алиментных обязательств, вследствие чего женщина осталась без средств к существованию, то нужно рекомендовать ей обратиться сначала в суд для установления факта уклонения от алиментов, а затем с судебным решением к судебным приставам.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

В соответствии с административным законодательством неуплата родителем без уважительных причин в нарушение решения суда средств на содержание несовершеннолетних детей либо нетрудоспособных детей, достигших восемнадцатилетнего возраста, в течение двух и более месяцев со дня возбуждения исполнительного производства, влечет обязательные работы на срок до ста пятидесяти часов либо административный арест на срок от десяти до пятнадцати суток или наложение административного штрафа в размере двадцати тысяч рублей.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

Если беременная женщина пережила тяжелое личностное потрясение, смерть близкого человека, потерю ребенка, то имеет смысл направить ее на консультацию к психологу, психотерапевту. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» данный вид медицинской помощи оказывается без взимания платы.

Следует также рассказать женщине о существовании общественных и религиозных организаций, помогающим людям в трудной жизненной ситуации, Центров помощи женщинам, оказавшимся в кризисной ситуации.

В подобного рода учреждениях всегда готовы оказать будущим мамам эмоциональную поддержку, дать консультацию по волнующим их вопросам.

## **Тяжелое травмирующее детство**

### **Жестокое обращение в родительской семье**

В первую очередь при рассмотрении этого вопроса будем ориентироваться на жестокое обращение в семье в отношении несовершеннолетних.

Жестокое обращение с детьми в семье (то есть несовершеннолетними гражданами от рождения до 18 лет) включает в себя любую форму плохого обращения, допускаемого родителями (другими членами семьи ребенка), опекунами, приемными родителями.

Различают четыре основные формы жестокого обращения с детьми: физическое, сексуальное, психическое насилие, пренебрежение основными нуждами ребенка.

В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Если будущая мама несовершеннолетняя, то она наравне со всеми имеет право на защиту своих прав и законных интересов, в том числе право на защиту от злоупотреблений со стороны родителей (ст. 56 Семейного кодекса). Кроме того ребенок вправе выражать свое мнение при решении в семье любого вопроса, затрагивающего его интересы.

При злоупотреблении родителями своими правами, ребенок вправе самостоятельно обращаться за их защитой в орган опеки и попечительства, а по достижении возраста четырнадцати лет в суд.

Следует помнить, что в соответствие с семейным законодательством несовершеннолетние родители имеют права на совместное проживание с ребенком и участие в его воспитании.

Родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей. Если на несовершеннолетнюю маму оказывается давление со стороны ее родителей, следует обратиться в органы опеки и попечительства для назначения представителя для защиты прав и интересов.

Российским законодательством установлено несколько видов ответственности за жестокое обращение с детьми в семье. Это административная, гражданско-правовая и уголовная ответственность.

Лица, допустившие пренебрежение основными потребностями ребенка, не исполняющие обязанностей по содержанию и воспитанию несовершеннолетних, подлежат административной ответственности в соответствии с Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях (ст. 5.35 КоАП). Рассмотрение таких дел относится к компетенции комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Возможно привлечь обидчика и к административной ответственности за побои (статья 6.1.1. КоАП РФ).

Нанесение побоев или совершение иных насильственных действий, причинивших физическую боль, если эти действия не содержат уголовно наказуемого деяния, — влечет наложение административного штрафа в размере от пяти тысяч до тридцати тысяч рублей, либо административный арест на срок от десяти до пятнадцати суток, либо обязательные работы на срок от шестидесяти до ста двадцати часов.

Также в порядке гражданского судопроизводства возможно взыскать вред, причиненный жизни и здоровью, имуществу, а также компенсацию морального вреда пострадавшему ребенку (ст. 150, 151 Гражданского кодекса РФ).

Жестокое обращение с ребенком может послужить основанием для привлечения родителей (лиц, их заменяющих) к ответственности в соответствии с семейным законодательством. Так, статья 69 Семейного кодекса предусматривает лишение родительских прав, если родители уклоняются от выполнения своих обязанностей, злоупотребляют своими правами, жестоко обращаются с детьми (физическое, психологическое, сексуальное насилие), совершили умышленное преступление против жизни или здоровья своего ребенка.

Лишение родительских прав осуществляется в судебном порядке.

Родители, лишенные родительских прав, теряют все права, основанные на факте родства с ребенком (п. 1 ст. 71 СК РФ), но в то же время лишение родительских прав не освобождает их от обязанности содержать своего ребенка (п.2 ст.71 СК РФ).

Также, Семейный кодекс устанавливает отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью (ст. 77 СК РФ). Органы опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей, если проживание в семье угрожает жизни и здоровью ребенка, что влечет в дальнейшем лишение родительских прав или их ограничение.

В отличие от административной и гражданско-правовой ответственности, российское уголовное законодательство предусматривает ответственность родителей за все виды физического и сексуального насилия над детьми, а также по ряду статей — за психологическое насилие, за пренебрежение основными потребностями детей и отсутствие заботы о них.

Родители могут быть привлечены к уголовной ответственности за преступления, совершенные в отношении своих детей по статье 110 (доведение до самоубийства), статье 111 (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью), статье 112 (умышленное причинение сред-

ней тяжести вреда здоровью), статье 113 (причинение тяжкого вреда здоровью в состоянии аффекта), статье 115 (умышленное причинение легкого вреда здоровью), статье 117 (истязание), статье 118 (причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности), статье 119 (угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью), ст.124 (неоказание помощи больному), статье 125 (оставление в опасности), 127.1 (торговля людьми), 127.2 (использование рабского труда), статье 131 (изнасилование), статье 132 (насильственные действия сексуального характера), статье 133 (понууждение к действиям сексуального характера), статье 134 (половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста), статье 135 (развратные действия), статье 157 (злостное уклонение от уплаты средств на содержание детей или нетрудоспособных родителей) и другим.

Данный ряд статей указывает на жестокое обращение родителей с детьми, приводящим к наступлению последствий. Уголовная ответственность для родителей наступает в виде штрафа, обязательных работ, исправительных работ, ареста, ограничения свободы, лишения свободы, в зависимости от тяжести преступления по отношению к ребенку.

Особо обратим внимание на статью 156 Уголовного кодекса Российской Федерации, которая предусматривает уголовную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего родителями или лицами их заменяющими, если это деяние соединено с жестоким обращением.

### **Асоциальная родительская семья**

По семейному законодательству родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей.

При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию. Если на несовершеннолетнюю маму оказывается давление со стороны ее родителей, следует обратиться в органы опеки и попечительства для назначения представителя для защиты ее прав и интересов.

Также возможно привлечь родителей несовершеннолетней беременной за неисполнение обязанностей по воспитанию и обучению несовершеннолетних детей, то есть за систематические противоправные

действия (бездействия), осуществляемые в течение продолжительного времени.

Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях предусмотрена ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершеннолетних — в виде предупреждения или наложения административного штрафа в размере от ста до пятисот рублей (п. 1 ст. 5.35 КоАП РФ).

Следующим видом ответственности является гражданско-правовая ответственность, предусмотренная Гражданским и Семейным кодексами Российской Федерации.

Так, статья 69 Семейного кодекса предусматривает лишение родительских прав, если родители уклоняются от выполнения своих обязанностей, злоупотребляют своими правами, жестокого обращаются с детьми (физическое, психологическое, сексуальное насилие), совершили умышленное преступление против жизни или здоровья своего ребенка, являются больными хроническим алкоголизмом и наркоманией.

Лишение родительских прав осуществляется в судебном порядке. Родители, лишённые родительских прав, теряют все права, основанные на факте родства с ребенком (п. 1 ст. 71 СК РФ), но в то же время лишение родительских прав не освобождает их от обязанности содержать своего ребенка (п.2 ст.71 СК РФ).

Ограничение родительских прав (ст. 73 СК РФ) — изъятие ребенка из семьи, но без лишения родительских прав, производится судом с учетом интересов ребенка. Ограничение родительских прав допускается, если оставление ребенка с родителями является опасным, вследствие поведения родителей или обстоятельствам, независящим от родителей (хроническое заболевание, стечение обстоятельств) (ч. 2 ст. 73 СК РФ). Иск об ограничении родительских прав может быть предъявлен близкими родственниками, органами опеки и попечительства, комиссиями по делам несовершеннолетних и организациями для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Родители, родительские права которых ограничены судом, утрачивают право на личное воспитание ребенка (ст.74 СК РФ).

Также, Семейный кодекс устанавливает отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью (ст. 77 СК РФ). Органы опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей, если проживание в семье угрожает жизни и здоро-

вью ребенка, что влечет в дальнейшем лишение родительских прав или их ограничение.

Российское уголовное законодательство предусматривает ответственность родителей за все виды физического и сексуального насилия над детьми, а также по ряду статей — за психологическое насилие, за пренебрежение основными потребностями детей и отсутствие заботы о них.

Из вышесказанного следует, что юридическая ответственность родителей за жестокое обращение с ребенком, за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершеннолетних имеет государственно-принудительный характер, применяется в строгом соответствии с законодательно установленной процедурой, влечет за собой негативные последствия для родителей и ущемление их прав.

### **Малообеспеченная родительская семья**

Законодательные нормы РФ на федеральном и региональном уровне определяют порядок предоставления льгот и пособий малообеспеченным семьям. Семья, в которой средний доход, рассчитанный на одного человека, не превышает установленной регионом величины прожиточного минимума, может быть признана малоимущей.

Государство на федеральном и региональном уровне оказывает поддержку малоимущим семьям, выплачивая им денежные пособия и предоставляя льготы.

Для получения такой поддержки и полным перечнем льгот необходимо обратиться и подать соответствующие документы в органы социальной защиты населения с последующим приобретением семье статуса малоимущей.

Необходимо отметить, что малообеспеченные имеют право получать как пособия, обусловленные их социальным статусом, так и те, которые положены всем без исключения категориям граждан при наступлении определенных условий. То есть получение помощи в связи с «малообеспеченностью» не лишает их права претендовать на выплаты общего характера.

### **Влияние отрицательного опыта других лиц, информации из медиа-пространства о беременности и родах**

В подобной ситуации слово «влияние» можно приравнять к слову «давление, оказываемое на беременную женщину».



Как определено в Семейном кодексе РФ вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами. И именно мнение супруга должно учитываться при принятии решения о рождении ребенка.

Мнение всех остальных членов семьи, а также друзей и знакомых носит второстепенный характер, и беременная женщина не должна при принятии решения руководствоваться их точкой зрения по этому вопросу.

Важно напомнить беременной, что в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Каждая беременность индивидуальна, и только лечащий врач может достоверно спрогнозировать всевозможные риски и осложнения в ее протекании.

Женщине стоит порекомендовать обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных рисках вынашивания беременности, получения информации о выявленных патологиях плода, лечении и т.д.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и назначаемом при необходимости лечении.

Если давление со стороны близких и других лиц осуществляется путем угроз, оскорблений, физического насилия, то важно понимать, что за посягательства на честь и достоинства человека виновному лицу придется нести административную, гражданскую или даже уголовную ответственность.

Важно донести до женщины, что пропаганда в любых целях либо незаконная реклама наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров запрещена законом. Таким образом, стоит избегать подобных медиа-ресурсов.

Склонение же к потреблению наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок от трех до пяти лет (статья 230 УК РФ).

### **Зачатие в ситуации изнасилования**

Потерпевшей от изнасилования должна быть предоставлена медицинскими работниками вся информация о беременности и других вы-

явленных у неё или возможных последствиях изнасилования, таких как заражение инфекционными заболеваниями и эмоциональная травма.

Женщине, пережившей изнасилование, надо незамедлительно обратиться в полицию с заявлением о совершенном в отношении нее преступлении. Если насильник угрожал причинить вред ее здоровью, обещал преследовать, об этом также надо заявить и попросить укрытия.

Лицо, совершившее изнасилование, подлежит уголовной ответственности (статья 131 Уголовного кодекса РФ).

Изнасилование наказывается лишением свободы на срок от трех до шести лет. Если оно повлекло заражение потерпевшей венерическим заболеванием, — наказывается лишением свободы на срок от четырех до десяти лет с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

Женщине, жертве изнасилования, в обязательном порядке надо обратиться за консультацией к психологу или психотерапевту. В соответствии с законодательством подобного рода консультации проводятся без взимания платы.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» изнасилование является социальным показанием для искусственного прерывания беременности.

Однако каждая женщина самостоятельно должна решить вопрос о материнстве (статья 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

### **Посттравматический стресс, расстройство**

Беременной женщине, испытывающей ПТСР, обязательно нужно обратиться за медицинской помощью.

Получить консультацию соответствующего специалиста (психиатра, психотерапевта) женщина может как сама, так и по направлению врача акушера-гинеколога.

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связан-

ном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных рисках дальнейшего вынашивания беременности, для получения информации о своем состоянии, назначаемом лечении и т. д.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, о влиянии посттравматического стресса на развитие плода и назначаемом при необходимости лечении.

В соответствии с законодательством оказание подобной медицинской помощи входит в программу государственных гарантий и производится без взимания платы.

Также женщину, переживающую стресс, готовы бесплатно принимать специалисты психологи в Кабинетах медико-социальной помощи женской консультации, Центрах медико-социальной поддержки беременных.

Чтобы лечение посттравматического стрессового расстройства в период беременности было эффективным, необходимо создать благоприятную эмоциональную обстановку в семье. В семье должен быть благоприятный микроклимат, исключается всякого рода давление на беременную женщину.

## **Глава 11. Психологическое давление**

### **Со стороны близкого социального окружения**

#### **Со стороны подруг, друзей, знакомых**

Как определено в Семейном кодексе РФ вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами. И именно мнение супруга должно учитываться при принятии решения о рождении ребенка.

Мнение всех остальных членов семьи, а также друзей и знакомых носит второстепенный характер, и беременная женщина не должна при принятии решения руководствоваться их точкой зрения по этому вопросу.

Кроме того, В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

В соответствии со ст. 151 Гражданского кодекса РФ, если таким давлением женщине были причинены нравственные страдания или были нарушены ее личные неимущественные права, либо было посягательство на принадлежащие ей нематериальные блага (ее здоровье и здоровье не рожденного ребенка), то можно взыскать с виновных лиц в судебном порядке денежную компенсацию морального вреда.

Если давление со стороны близких осуществляется путем угроз, оскорблений, физического насилия, то важно понимать, что за посягательства на честь и достоинства человека виновному лицу придется нести административную, гражданскую или даже уголовную ответственность.

Привлечение лица к административной ответственности за оскорбление не является основанием для освобождения его от обязанности денежной компенсации причиненного потерпевшему морального вреда в соответствии со статьей 151 ГК РФ.

### **Со стороны работодателя**

Материнство и детство находятся под защитой государства.

Беременная женщина законодательно защищена от увольнения по инициативе работодателя.

Расторжение трудового договора по инициативе работодателя с беременной женщиной, с женщиной, имеющей ребенка в возрасте до трех лет, с одинокой матерью, воспитывающей ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет или малолетнего ребенка — ребенка в возрасте до четырнадцати лет не допускается (статья 261 Трудового кодекса РФ).

В соответствии с Трудовым кодексом РФ женщине полагается отпуск по беременности и родам продолжительностью 70 (в случае многоплодной беременности — 84) календарных дней до родов и 70 (в случае осложненных родов — 86, при рождении двух или более детей — 110) календарных дней после родов.

Работодатель по заявлению женщины предоставляет ей оплачиваемый за счет Фонда социального страхования отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет. Также работодатель обязан по заявлению женщины за счет Фонда социального страхования начислить единовременное пособие при рождении ребенка.

На вышеуказанные периоды отпуска за женщиной сохраняется место работы.

За нарушение прав и законных интересов такой категории сотрудников работодатель будет привлечен к административной и даже уго-

ловной ответственности (ст. 145 Уголовного кодекса РФ «Необоснованный отказ в приеме на работу или необоснованное увольнение беременной женщины или женщины, имеющей детей в возрасте до трех лет наказываются штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов»).

### **Со стороны отца ребенка, родителей или других родственников**

#### **Отец ребенка растерян, в шоке**

В соответствии со ст. 31 Семейного кодекса РФ Супруги обязаны строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения и взаимопомощи, содействовать благополучию и укреплению семьи, заботиться о благосостоянии и развитии своих детей. Вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами совместно исходя из принципа равенства супругов.

Если мужчина и женщина не состоят в зарегистрированном браке, то шок отца ребенка может быть вызван необходимостью, в его понимании, жениться на матери ребенка. Хочется отметить, что в законодательстве не предусмотрена такая обязанность мужчины на обязательное заключение брака в случае беременности женщины. По семейному законодательству заключить брак можно в любой момент как до рождения ребенка, так и после либо совсем не регистрировать отношения («сожительствовать»).

Наличие зарегистрированного брака влияет на процесс установления отцовства ребенка. Если ребенок рождается в зарегистрированном браке, то в соответствии с законодательством отцом ребенка признается супруг матери (п. 2 ст. 48 Семейного кодекса РФ).

Отцовство лица, не состоящего в браке с матерью ребенка, устанавливается путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка (добровольный порядок) либо по решению суда (в случае если отец ребенка добровольно не признает отцовство).

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

Вне зависимости от наличия зарегистрированного брака мужчина является отцом будущего ребенка, а соответственно несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

Хочется отметить, что в медицинских организациях помощь психотерапевта и психолога оказывается не только беременным, но и при необходимости членам их семей, поэтому мужчина (отец ребенка) также может обратиться за получением консультации специалиста.

### **Пассивное давление (отказ от помощи, в которой беременная нуждается)**

Следует отметить, что в соответствии со статьей 10 Семейного кодекса РФ права и обязанности супругов возникают со дня государственной регистрации заключения брака в органах записи актов гражданского состояния (ЗАГС). Таким образом, с момента регистрации брака между супругами возникают в отношении друг друга взаимные права и обязанности, которые надлежит исполнять.

В соответствии со ст. 31 Семейного кодекса РФ Супруги обязаны строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения и взаимопомощи, содействовать благополучию и укреплению семьи, заботиться о благосостоянии и развитии своих детей.

Супруги обязаны материально поддерживать друг друга.

В случае отказа от такой поддержки и отсутствия соглашения между супругами об уплате алиментов право требовать предоставления **алиментов** в судебном порядке от другого супруга, обладающего необходимыми для этого средствами, имеют:

нетрудоспособный нуждающийся супруг;

жена в период беременности и в течение трех лет со дня рождения общего ребенка;

нуждающийся супруг, осуществляющий уход за общим ребенком-инвалидом до достижения ребенком возраста восемнадцати лет или за общим ребенком — инвалидом с детства I группы.

Если по каким-либо причинам брак между мужчиной и женщиной был расторгнут, бывшая жена в период беременности и в течение трех лет со дня рождения общего ребенка также вправе потребовать предоставления алиментов.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

### **Косвенное давление (внушение негативных чувств)**

В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

В соответствии со ст. 151 Гражданского кодекса РФ, если таким косвенным давлением женщине были причинены нравственные страдания или были нарушены ее личные неимущественные права, либо было посягательство на принадлежащие ей нематериальные блага (ее здоровье и здоровье не рожденного ребенка), то можно взыскать с виновных лиц в судебном порядке денежную компенсацию морального вреда.

При определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями гражданина, которому причинен вред.

Также каждый имеет право по медицинским показаниям на консультацию без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений.

Таким образом, если беременная женщина оказалась в трудной жизненной ситуации, ситуации психологического давления, ей необходима помощь психолога, психотерапевта и т.д., она может бесплатно обратиться за ее оказанием в медицинскую организацию.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2007 г. № 389 при женских консультациях создаются Кабинеты медико-социальной помощи женской консультации. На территории Свердловской области также организованы центры медико-социальной поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации (центры кризисной беременности) (Приказ Минздрава Свердловской области от 27.12.2011 № 1575-п).

Вподобного рода учреждения всегда готовы оказать будущим мамам эмоциональную поддержку, дать консультацию по волнующим их вопросам.

## Уговаривают сделать аборт

В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Никто не вправе принуждать женщину как к рождению ребенка, так и к отказу от этого.

Если беременная женщина достигла совершеннолетия, то в соответствии с Семейным кодексом РФ права ее родителей в отношении нее прекращаются.

Таким образом, с момент совершеннолетия или установления полной эмансипации родители не имеют права влиять, оказывать давление на принятие решений их детьми. Человек становится полностью дееспособным и несет сам ответственность за свое здоровье и принятые им решения.

В любом случае по семейному законодательству родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей.

Если на несовершеннолетнюю маму оказывается давление со стороны ее родителей, следует обратиться в органы опеки и попечительства для назначения представителя для защиты ее прав и интересов.

Родители, осуществляющие родительские права в ущерб правам и интересам детей, несут ответственность в установленном законом порядке (наказание ранжирруется от штрафных санкций вплоть до реального лишения свободы).

Если уговаривает сделать аборт супруг женщины, то имеет смысл напомнить беременной, что в соответствии со ст. 31 Семейного кодекса РФ Супруги обязаны строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения и взаимопомощи, содействовать благополучию и укреплению семьи, заботиться о благосостоянии и развитии своих детей. Вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи **решаются супругами совместно** исходя из принципа равенства супругов.

Если такими уговорами, давлением женщине были причинены нравственные страдания или были нарушены ее личные неимущественные права, либо было посягательство на принадлежащие ей нематериальные блага (ее здоровье и здоровье не рожденного ребенка), то можно взыскать с виновных лиц в судебном порядке денежную компенсацию морального вреда.

В любом случае окончательное решение по вопросу материнства должна принять сама женщина.



## **Вербальное давление (крик, оскорбление, угроза)**

Свобода, честь и достоинство личности находятся под защитой государства.

Важно понимать, что за посягательства на честь и достоинства человека виновному лицу придется нести административную, гражданскую или даже уголовную ответственность.

Так, оскорбление, то есть унижение чести и достоинства другого лица, выраженное в неприличной форме, —

влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от одной тысячи до трех тысяч рублей; на должностных лиц — от десяти тысяч до тридцати тысяч рублей; на юридических лиц — от пятидесяти тысяч до ста тысяч рублей.

Привлечение лица к административной ответственности за оскорбление не является основанием для освобождения его от обязанности денежной компенсации причиненного потерпевшему морального вреда в соответствии со статьей 151 ГК РФ.

При определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями гражданина, которому причинен вред.

Если человек распространял заведомо ложные сведения, порочащие честь и достоинство беременной женщины, то ему придется нести ответственность за клевету (статья 128.1 Уголовного кодекса РФ). Клевета наказывается штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев либо обязательными работами на срок до ста шестидесяти часов.

Также уголовное законодательство содержит статью 110 УК РФ «Доведение лица до самоубийства или до покушения на самоубийство путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего». В данном составе преступленияотягчающим обстоятельством является факт совершения деяния в отношении беременной женщины.

Доведение лица до самоубийства или до покушения на самоубийство путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности нака-

зывается лишением свободы на срок от пяти до восьми лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до десяти лет или без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет или без такового.

**Физическое насилие или его угроза (бьют, выгоняют из дома, лишают средств к существованию)**

К физическому насилию относят все агрессивные формы поведения, представляющие собой физическое воздействие на женщину, включающее ограничение свободы передвижения (избиения, хватания, нанесение ударов руками, ногами и т.д.).

В зависимости от тяжести последствий жестокого обращения на мужчину либо иное лицо возлагается гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность.

Для того, чтобы привлечь тирана к ответственности необходимо совершить ряд действий. Прежде всего постараться укрыться в безопасном для себя месте, о котором мужчине (иному лицу) неизвестно. Затем зафиксировать телесные повреждения в медицинской организации, также самостоятельно сделать фотоснимки синяков, кровоподтеков, иных видимых повреждений. Обратиться с заявлением в органы внутренних дел для определения наличия состава уголовного преступления.

Важно помнить, что беременная женщина находится под особой защитой государства. Совершение преступления в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности, а также в отношении малолетнего, другого беззащитного или беспомощного лица является отягчающим наказанием обстоятельством.

Так, например, умышленное причинение тяжелого вреда здоровью (статья 111 Уголовного кодекса РФ) опасного для жизни человека, или повлекшего за собой прерывание беременности наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.

Истязание (статья 117 Уголовного кодекса РФ) в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет.

Возможно привлечь обидчика и к административной ответственности за побои (статья 6.1.1. КоАП РФ).

Нанесение побоев или совершение иных насильственных действий, причинивших физическую боль, если эти действия не содержат

уголовно наказуемого деяния, — влечет наложение административного штрафа в размере от пяти тысяч до тридцати тысяч рублей, либо административный арест на срок от десяти до пятнадцати суток, либо обязательные работы на срок от шестидесяти до ста двадцати часов.

Также в порядке гражданского судопроизводства возможно взыскать вред, причиненный жизни и здоровью, имуществу, а также компенсацию морального вреда пострадавшей (ст. 150, 151 Гражданского кодекса РФ).

Помимо органов внутренних дел пострадавшей также можно обратиться за помощью в кризисные центры для женщин и детей, переживших насилие в семье. Целью их создания является оказание социальной, психологической, юридической помощи и поддержки женщинам, пострадавшим от домашнего насилия; просвещение населения по проблемам насилия в семье.

### **Со стороны государственных опекунов и социальных работников**

В соответствии с законодательством РФ дети, находящиеся под опекой, а также совершеннолетние недееспособные граждане, имеющие попечителя, имеют право на защиту от злоупотреблений со стороны опекуна (попечителя). Опекуны и попечители несовершеннолетних должны заботиться об их обучении и воспитании, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии.

Любые действия (бездействие) по осуществлению опеки или попечительства опекуном или попечителем могут быть обжалованы родителями или другими родственниками либо усыновителями ребенка в орган опеки и попечительства.

Орган опеки и попечительства вправе обязать опекуна или попечителя устранить нарушения прав и законных интересов ребенка либо его родителей или других родственников либо усыновителей. В случае если опекун или попечитель не подчиняется решению органа опеки и попечительства, родители или другие родственники либо усыновители ребенка вправе обратиться в суд с требованием о защите прав и законных интересов ребенка и (или) своих прав и законных интересов.

Суд разрешает спор исходя из интересов ребенка и с учетом его мнения. Неисполнение решения суда является основанием для отстранения опекуна или попечителя от исполнения возложенных на них обязанностей.

Любое давление на человека со стороны государственных органов или органов государственной власти (органов опеки и попечительства, органов социального обслуживания населения и других) **не допустимо**.

Более того, в соответствии с Федеральным законом от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве» Лица, которым стало известно об угрозе жизни или здоровью лица, находящегося под опекой или попечительством, о нарушении его прав и законных интересов, **обязаны сообщить об этом** в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения подопечного или прокуратуру.

Опекуны и попечители отвечают за вред, причиненный по их вине личности или имуществу подопечного, в соответствии с предусмотренными гражданским законодательством правилами об ответственности за причинение вреда.

Опекуны и попечители несут уголовную ответственность, административную ответственность за свои действия или бездействие в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

В соответствии со ст.5.35 Кодекса РФ об административных правонарушениях опекуны и попечители могут быть привлечены к административной ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершеннолетних. В качестве наказания предусмотрено предупреждение или наложение административного штрафа в размере от ста до пятисот рублей.

Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего, если это деяние соединено с жестоким обращением с несовершеннолетним, образует объективную сторону уголовного преступления, предусмотренного ст. 156 УК РФ «Неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего», которое наказывается штрафом в размере до ста тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо обязательными работами на срок до двухсот двадцати часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового.

## **Желание женщины**

**Желание женщины сделать аборт против воли отца ребенка/намерена сделать аборт, несмотря на желание отца сохранить ребенка/не ставит отца ребенка в известность о беременности, предполагает, что он будет против аборта**

В подобной ситуации следует выделить две стороны вопроса.

С одной стороны, безусловно, в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

С другой стороны, в соответствии с семейным законодательством с момента регистрации брака между супругами возникают в отношении друг друга взаимные права и обязанности, которые надлежит исполнять.

В соответствии со ст. 31 Семейного кодекса РФ Супруги обязаны строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения и взаимопомощи, содействовать благополучию и укреплению семьи, заботиться о благосостоянии и развитии своих детей.

Вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами совместно исходя из принципа равенства супругов.

Таким образом, на основании вышеизложенного, если женщина состоит в зарегистрированном браке, она обязана, руководствуясь принципом равенства супругов, поставить мужа в известность о своей беременности, потому что решение о рождении ребенка должно быть принято совместно с учетом мнений обеих сторон.

## **Глава 12. Сложные жизненные ситуации, в которых могут оказаться беременные женщины**

### **Кризисные беременные с ВИЧ-положительным статусом**

К сожалению, в последние годы ВИЧ-инфекция получила очень широкое распространение. ВИЧ-инфекция распространена широко и может встречаться повсеместно. Для женщин основными факторами риска заражения являются половые контакты с больными ВИЧ-инфекцией, внутривенное употребление психоактивных веществ,

большое количество половых партнеров. Благодаря особенностям передачи ВИЧ-инфекция поражает преимущественно лиц молодого возраста.

Источником ВИЧ является зараженный человек во всех стадиях заболевания. Передача ВИЧ происходит при половых контактах, при переливании инфицированной крови и ее препаратов, при использовании контаминированного ВИЧ медицинского инструментария, от инфицированной матери ребенку во время беременности и родов, а также во время грудного вскармливания от инфицированной женщины ребенку и от инфицированного ребенка кормящей женщине (Приказ Минздрава РФ от 19 декабря 2003 г. № 606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ»).

Но, несмотря на то, что лечению ВИЧ-инфекция до сих пор поддается только частично, продолжительность жизни больного человека достаточно велика — до 15 — 20 лет. И поэтому нет ничего удивительного, что у многих ВИЧ инфицированных женщин появляется желание родить ребенка, особенно в том случае, если у них до сих пор нет детей. Однако факт остается фактом, не зависимо от того, как к нему относятся окружающие — рождение ребенка является выбором женщины, которая хочет оставить после себя след. И этот ее выбор — ее право, ведь только женщина может взять на себя ответственность за жизнь и здоровье своего ребенка.

В соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» государством гарантируется предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным — гражданам Российской Федерации в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; бесплатное обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в медицинских организациях.

Порядок обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции установлен Правилами обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях (утв. постановлением Правительства РФ от 27 декабря 2004 г. № 856).

ВИЧ-инфицированные — граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Права и свободы граждан Российской Федерации могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом.

ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях **все виды медицинской помощи по медицинским показаниям**, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Таким образом, беременная, ВИЧ-инфицированная женщина обладает всеми правами и свободами, которые ей полагаются в соответствии с законодательством.

Однако в соответствии со ст. 11 № 38-ФЗ В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, они подлежат депортации из Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Эта норма не применяется, если указанные иностранные граждане и лица без гражданства имеют членов семьи (супруга (супругу), детей (в том числе усыновленных), родителей (в том числе приемных) — граждан Российской Федерации либо иностранных граждан или лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, и при этом **отсутствуют нарушения** ими законодательства Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции:

Существует Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности». В вышеуказанном перечне нет указания на такое медицинское показание к искусственному прерыванию беременности, как ВИЧ-инфекция.

Давление со стороны медицинской организации, врача при решении вопроса о сохранении беременности исключено. В любом случае в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Врач может только посоветовать, но решение принимают сами родители.

К каждой женщине, имеющей заболевания, протекающие на фоне беременности, необходим индивидуальный подход.

Забота о здоровье ребенка должна начинаться с самого начала — с зачатия. Правильное зачатие позволяет в значительной степени снизить риск инфицирования малыша. ВИЧ-инфекция не является противопоказанием к отбору пациентов для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»).

С целью проведения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку всем беременным женщинам, которые планируют сохранить беременность, должно быть предложено тестирование на ВИЧ.

Следует проводить двукратное тестирование беременных: при первичном обращении по поводу беременности и, если инфицирование не было выявлено при первом тестировании, в третьем триместре беременности (34 — 36 недель).

Женщинам, не тестированным на ВИЧ во время беременности, рекомендуется пройти тестирование при госпитализации в акушерский стационар на роды.

Факторами, увеличивающими вероятность передачи его плоду, являются: запоздалое обращение, когда болезнь достигла поздней стадии; заражение во время беременности; осложненное течение беременности и тяжелые роды; повреждение кожи плода при родах.

Существует Приказ Минздрава РФ от 19 декабря 2003 г. № 606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ». В настоящей Инструкции определены этапы, методы и схемы применения отечественных и зарубежных противоретровирусных препаратов при беременности, в родах и в период новорожденности с целью предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку, а также приведены сведения о диагностических системах и лекарственных препаратах, разрешенных к применению в России.

В настоящее время в России стандартной процедурой лабораторного подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ в реакции ИФА с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга.



С беременной женщиной должны обсуждаться специфические вопросы (Методические рекомендации МР 3.1.5.0076/1-13 «До- и послетестовое консультирование как профилактика передачи ВИЧ» (утв. и введены в действие Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 20 августа 2013 г.):

- риск передачи ВИЧ ребенку в период беременности, родов и при грудном вскармливании;
- возможность проведения профилактики передачи ВИЧ ребенку;
- возможные исходы беременности;
- необходимость последующего наблюдения матери и ребенка;
- возможность информирования о результатах теста полового партнера (партнеров), родственников.

Результаты исследования по телефону, электронной почте, путем СМС-информирования не сообщаются.

Передача ВИЧ от матери ребенку возможна во время беременности, особенно на поздних сроках (15–25% от числа случаев заражения ребенка), во время родов (60–85%) и вскармливания молоком матери (12–25%). Риск инфицирования ребенка повышается, если мать была заражена в течение шести месяцев перед наступлением беременности или в период беременности, а также если беременность наступила на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (стадия 4Б–4В по Российской классификации ВИЧ-инфекции).

Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку включает в себя:

- химиопрофилактику в период беременности;
- химиопрофилактику в период родов;
- химиопрофилактику новорожденному.

Наиболее успешные результаты имеют место при проведении всех трех компонентов химиопрофилактики. Однако, если какой-либо из компонентов химиопрофилактики провести не удастся, это не является основанием для отказа от следующего этапа.

Перед назначением химиопрофилактики врачом, назначающим ее, с женщиной проводится беседа (консультирование), в ходе которого беременную информируют о целях химиопрофилактики, разъясняется вероятность рождения ВИЧ-инфицированного ребенка при проведении профилактики или отказе от нее, дается информация о возможных побочных эффектах от применяемых препаратов. Пациентке предлагается подписать информированное согласие на проведение химиопрофилактики.

Если в период беременности ВИЧ-инфицированная женщина находится на диспансерном наблюдении по беременности, химиопрофилактику ей назначает врач-инфекционист Центра ВИЧ/СПИД или врач-инфекционист ЛПУ (в зависимости от условий территорий), которые дают рекомендации по проведению химиопрофилактики во время родов (ее проводит врач акушер-гинеколог, ведущий роды) и новорожденному (ее назначает врач неонатолог или педиатр).

Химиопрофилактика должна назначаться с учетом необходимости профилактики передачи ВИЧ от матери плоду и максимальной безопасности для плода.

В соответствии со статьей 16 Федерального закона от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным в амбулаторных и стационарных условиях, **обязаны создать** условия для реализации предусмотренных настоящим Федеральным законом прав ВИЧ-инфицированных, а также для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

Беременные женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции наблюдаются совместно инфекционистом территориального Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (далее — Центр ВИЧ/СПИД) и акушером-гинекологом (в зависимости от условий каждой административной территории — в Центре ВИЧ/СПИД, в женской консультации по месту жительства, в специализированной женской консультации или в условиях специализированного приема и т.д.) (п. 4.1 Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ).

В период диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированной беременной и родов рекомендуется избегать любой процедуры, при которой нарушается целостность кожных покровов, слизистых или увеличивается возможность контакта плода с кровью матери (амниоцентез, взятие проб ворсин хориона и т.д.).

Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время родов проводится с целью снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку и назначается независимо от того, получала или не получала ВИЧ-инфицированная беременная химиопрофилактику во время беременности. При невозможности проведения химиопрофилактики пла-

новое кесарево сечение может использоваться как самостоятельный метод профилактики в родах.

Вместе с тем, ВИЧ– инфекция не является абсолютным показанием к кесареву сечению. Решение о способе родоразрешения принимается в индивидуальном порядке, учитывая интересы матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от вероятного снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с риском возникновения осложнений после операции (патологической кровопотери и развития септических осложнений).

Порядок оказания медицинской помощи при заболевании ВИЧ-инфекцией регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ от 8 ноября 2012 г. № 689н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11 января 2011 г. № 1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

В объем первичной медико-санитарной помощи больным ВИЧ-инфекцией входит, в том числе, профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку во время беременности и родов.

Чем раньше женщина начинает получать медицинскую помощь во время беременности, тем лучше для её здоровья и для здоровья еще не рожденного ребенка.

Следует помнить, что **за заражение** венерической инфекцией, а также ВИЧ-инфекцией предусмотрена административная и уголовная ответственность. Данную информацию также стоит донести до заболевшей беременной женщины, возможно, она обратится в компетентные органы за защитой своих прав.

В соответствии со Статьей 15 Семейного кодекса Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ Если одно из лиц, вступающих в брак, скрыло от другого лица наличие ВИЧ-инфекции, последний вправе обратиться в суд с требованием о признании брака недействительным.

Если беременная женщина в силу своего заболевания нуждается в помощи психолога, психотерапевта и т.д., она может бесплатно обратиться за ее оказанием в медицинскую организацию.

Поскольку каждый имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представля-

ющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений.

Федеральным законом от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» предусмотрена социальная поддержка ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

Так, **не допускаются** увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в организации, осуществляющие образовательную деятельность, и медицинские организации, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных,

Если у вас родился ребенок с ВИЧ-инфекцией, то среди прочих прав вам полагаются:

Родители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ-инфицированных — несовершеннолетних имеют право на: совместное пребывание с ребенком в возрасте до 18 лет в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях с выплатой за это время пособий в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании;

сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-инфицированного — несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста; время ухода за ВИЧ-инфицированным — несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж;

*Статья 19. Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных — несовершеннолетних*

ВИЧ-инфицированным — несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными-несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Таким образом, подводя итог, в законодательстве отсутствует такое медицинское показание к искусственному прерыванию беременности, как ВИЧ-инфекция.

Давление со стороны медицинской организации, врача при решении вопроса о сохранении беременности исключено. В любом случае в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

В соответствии с законодательством ВИЧ-инфицированные — граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по медицинским показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Если беременная женщина полагает, что ее права каким-либо образом ущемляются со стороны работников медицинской организации, то она может обратиться с заявлением с просьбой восстановить нарушенные права:

- на имя главного врача данной медицинской организации;
- в вышестоящую инстанцию Министерство Здравоохранения субъекта;
- в Министерство Здравоохранения РФ;
- в органы прокуратуры РФ;
- в суд.

Хочется отметить, что за оказание некачественной медицинской помощи, за неоказание помощи больному врачи и медицинская организация несут гражданскую, административную и даже уголовную ответственность.

### **Выявленные и подтвержденные генетические заболевания плода**

Бурное развитие современных методов молекулярной генетической диагностики сделало возможным выявление наличия генетической патологии у ребенка еще до его рождения, а, с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), еще до наступления беременности — до имплантации эмбрионов матери.

Так, например, в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и

ограничениях к их применению» одним из ограничений к применению программы ЭКО являются наследственные заболевания, сцепленные с полом, у женщин (гемофилия, мышечная дистрофия Дюшенна, ихтиоз, связанный с X-хромосомой, амиотрофия нервальная Шарко — Мари и другие) (по заключению врача-генетика возможно проведение базовой программы ЭКО с использованием собственных ооцитов при обязательном проведении преимплантационной генетической диагностики).

Современные методы генетической диагностики, используемые в репродуктологии, такие как пренатальная диагностика (ПНД) и преимплантационная генетическая диагностика (ПГД) успешно применяются для выявления возможной генетической патологии у ребенка. ПНД проводится во время беременности на уже достаточно больших сроках (начиная с 10 нед.), поэтому в случае выявления генетической патологии у плода перед родителями встает вопрос об искусственном прерывании беременности или подготовке к рождению больного ребенка.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”» п. 7 При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач-акушер-гинеколог направляет ее в медико-генетическую консультацию (центр) для медико-генетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования.

В случае установления в медико-генетической консультации (центре) пренатального диагноза врожденных аномалий (пороков развития) у плода определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется перинатальным консилиумом врачей.

В случае постановки диагноза хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка после рождения прерывание беременности по медицинским показаниям проводится независимо от срока беременности по решению перинатального консилиума врачей **после получения информированного добровольного согласия беременной женщины.**

С целью искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременная женщина направляется в гинекологическое отделение. Прерывание беременности (родоразрешение) в 22 недели и более проводится в условиях observational отделения акушерского стационара.

8. При пренатально диагностированных врожденных аномалиях (пороках развития) у плода необходимо проведение перинатального консилиума врачей, состоящего из врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача-детского хирурга. Если по заключению перинатального консилиума врачей возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде, направление беременных женщин для родоразрешения осуществляется в акушерские стационары, имеющие отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, обслуживаемые круглосуточно работающим врачом-неонатологом, владеющим методами реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

При наличии врожденных аномалий (пороков развития) плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде, проводится консилиум врачей, в состав которого входят врач-акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, врач-детский кардиолог и врач-детский хирург.

Медико-генетическое консультирование имеет первостепенную важность. Если во время беременности у ребенка обнаружен синдром Дауна (трисомия 21) или любые другие хромосомные дефекты, семья должна получить необходимую информацию, чтобы принять осознанное решение о продолжении или прерывании беременности.

Внутриутробная диагностика порока сердца с помощью эхокардиографии позволяет решить вопрос о выборе учреждения для будущих родов и характере медицинской помощи.

Давление со стороны медицинской организации, врача при решении вопроса о сохранении беременности исключено. В любом случае в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

При выявлении у плода патологии какого-либо рода дальнейшая тактика ведения беременности зависит от течения заболевания и непосредственно лечащего врача.

В такой стрессовой ситуации важное значение имеет степень владения беременной женщиной информацией об этом заболевании, прогнозов развития, возможности вынашивать беременность, жизнеспособности плода.

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных рисках дальнейшего вынашивания беременности, для получения информации о выявленной патологии плода, лечении и т.д.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и назначаемом при необходимости лечении.

В целях улучшения качества оказания медицинской помощи детям с хромосомной патологией (синдром Дауна), профилактики социального сиротства, повышения эффективности сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с синдромом Дауна, создания оптимальных условий для гармоничного развития ребенка и его социальной адаптации на территории Свердловской области принят Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 14 октября 2016 г. № 1817-п «О совершенствовании оказания медицинской помощи детям, родившимся с хромосомной патологией (синдром Дауна) на территории Свердловской области». Этим же Приказом утвержден Протокол объявления диагноза при рождении ребенка с хромосомной патологией (синдром Дауна).

Настоящий Протокол регулирует вопросы корректного отношения медицинского персонала учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период родов, и учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь детям, к женщине (родственникам) при рождении у нее ребенка с подозрением на хромосомную патологию (синдром Дауна), а также организацию обследования новорожденного для подтверждения патологии с последующим



объявлением законным представителям ребенка диагноза в целях дальнейшего сопровождения семьи, профилактики социального сиротства, проведения мероприятий для полноценного развития ребенка и, при необходимости, своевременного лечения.

Синдром Дауна — самая распространенная генетическая аномалия, которая определяется наличием в клетках человека дополнительной 47-ой хромосомы.

В палате в течение первых суток врач-неонатолог и психолог (при наличии специалиста в медицинском учреждении) проводят беседу с женщиной о подозрении на синдром Дауна у её ребенка (в присутствии родственников по желанию родильницы). Беседа должна проходить в условиях конфиденциальности, в отдельном помещении, вместе с ребенком. Разговор должен проходить в спокойном повествовательном тоне.

Запрещается:

- обсуждать в беседе с родителями тему отказа от ребенка;
- разлучать ребенка с матерью без медицинских показаний;
- излагать субъективное виденье перспектив жизни ребёнка и семьи;
- высказывать личное мнение и прогнозы.

Матери ребенка (родственникам) должны быть предоставлены общие сведения о синдроме Дауна. Психолог оказывает родильнице необходимую психологическую помощь.

Объявление окончательного диагноза законным представителям ребенка проводится врачом-генетиком на приеме в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР». По результатам объективного и цитогенетического (при подтверждении диагноза) семье проводится медико-генетическое консультирование по выявленной хромосомной патологии; выдается справка по дальнейшему наблюдению; вручается брошюра с координатами СРОО «Солнечные дети».

При работе медицинских работников (врачи-неонатологи, педиатры, акушеры-гинекологи, акушерки, медицинские сестры акушерских стационаров и отделений патологии новорожденных), психологов с родителями детей с синдромом Дауна рекомендуется использовать информационные материалы (приложение №3).

В целях дальнейшего сопровождения семьи, комплексной реабилитации и социальной адаптации семьи, раннего начала коррекционно-развивающей работы с ребенком у родителей берется информированное согласие о передаче персональных данных **в учреждения социальной политики** по месту их проживания.

Врожденные пороки развития плода занимают 2-3 место в структуре причин перинатальной гибели плода и новорожденного. Большое значение имеет ранняя диагностика пороков развития, которая необходима для своевременного решения вопроса о возможности пролонгирования беременности, что определяется видом порока, совместимостью с жизнью и прогнозом в отношении постнатального развития.

Дальнейшее развитие событий во многом зависит от того, на каком сроке выявляются патологии плода (чем раньше, тем лучше) и какое именно отклонение было диагностировано. Врач может только посоветовать, но решение принимают сами родители.

Таким образом, частота выявления и разнообразие пороков развития, возможное их сочетание с хромосомными аномалиями, различный прогноз для жизни и здоровья новорожденного на современном этапе делают особенно актуальной пренатальную (дородовую) их диагностику. Будущим мамам нельзя пренебрегать этим. Однако дальнейшее развитие событий во многом зависит от того, на каком сроке выявляют патологии у женщины и какое именно отклонение было диагностировано.

В своей работе врачи применяют порядки оказания медицинской помощи и ориентируются на стандарты медицинской помощи, медицинская организация обязана предоставить гарантированный объем медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Хочется отметить, что за оказание некачественной медицинской помощи, за неоказание помощи больному врачи и медицинская организация несут гражданскую, административную и даже уголовную ответственность.

### **Нарко-/алкозависимые кризисные беременные**

Употребление наркотиков, алкоголя во время беременности сопровождается развитием осложнений и патологий плода.

Основные последствия от употребления любых наркотиков во время вынашивания это:

- самопроизвольный аборт (выкидыш);
- преждевременные роды;
- рождение мертвого ребенка;
- замедленный рост плода и маленький вес при рождении;
- внутриутробная задержка развития.

дефекты лица («волчья пасть», «заячья губа»);  
пороки сердца;  
аномалии развития головного мозга.

Если женщина во время беременности постоянно принимает наркотики, то ребенок невольно становится наркоманом еще до рождения.

Это вызывает абстинентный синдром (синдром отмены), который проявляется уже через пару дней после родов:

дрожание ручек, ножек и головы (тремор);  
нескончаемый плач и бессонница;  
диарея и рвота;  
повышенный аппетит (без увеличения веса);  
гиперрефлексия и др.

Большинство исследований относительно беременности и алкоголя сообщают, что для развития плодного алкогольного синдрома нужно употребить минимум 4-5 элементарных доз спиртного в день.

Врожденные пороки развития плода занимают 2-3 место в структуре причин перинатальной гибели плода и новорожденного. Большое значение имеет ранняя диагностика пороков развития, которая необходима для своевременного решения вопроса о возможности пролонгирования беременности, что определяется видом порока, совместимостью с жизнью и прогнозом в отношении постнатального развития.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»»

При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач-акушер-гинеколог направляет ее в медико-генетическую консультацию (центр) для медико-генетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования.

В случае установления в медико-генетической консультации (центре) пренатального диагноза врожденных аномалий (пороков развития) у плода определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется перинатальным консилиумом врачей.

Медико-генетическое консультирование имеет первостепенную важность. Если во время беременности у ребенка обнаружен синдром

Дауна (трисомия 21) или любые другие хромосомные дефекты, семья должна получить необходимую информацию, чтобы принять осознанное решение о продолжении или прерывании беременности.

Внутриутробная диагностика порока сердца с помощью эхокардиографии позволяет решить вопрос о выборе учреждения для будущих родов и характере медицинской помощи.

Существует Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Давление со стороны медицинской организации, врача при решении вопроса о сохранении беременности исключено. В любом случае в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Врач может только посоветовать, но решение принимают сами родители.

Имеет смысл разъяснить беременной женщине, что ее могут привлечь к **юридической ответственности** за употребление наркотиков и прекурсоров.

Если ранее за употребление наркотических средств предусматривалась только административная ответственность, то сейчас эта ответственность уголовная. Если человек употребляет наркотики в общественных местах, он подлежит уголовной ответственности, поскольку совершил уголовный проступок, предусмотренный ст.296 ч.1 УК.

Статья 296 ч.1 УК запрещает немедицинское потребление наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, прекурсоров в общественных местах. Указанная статья предусматривает альтернативные виды наказания в виде штрафа до ста месячных расчетных показателей, либо назначаются исправительные работы в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до ста двадцати часов, либо арестом на срок до сорока пяти суток.

В соответствии с административным законодательством потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ влечет наложение административного штрафа в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток.

Очень важно донести до беременной женщины, что если она не избавится от пагубной привычки, то учитывая обстоятельства и дей-

ствуя в интересах лица, не способного самостоятельно защищать свои права — новорожденного ребенка, органы опеки и попечительства могут изъять его и поместить в специализированное учреждение — Дом малютки.

Семейный кодекс устанавливает отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью (ст. 77 СК РФ). Органы опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей, если проживание в семье угрожает жизни и здоровью ребенка, что влечет в дальнейшем лишение родительских прав или их ограничение.

Ведь в соответствии с Семейным кодексом РФ родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей.

Родители (один из них) могут быть **лишены родительских прав**, если они являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией (Статья 69. Семейного кодекса РФ). Родители, лишенные родительских прав, теряют все права, основанные на факте родства с ребенком, в отношении которого они были лишены родительских прав, в том числе право на получение от него содержания (статья 87 настоящего Кодекса), а также право на льготы и государственные пособия, установленные для граждан, имеющих детей.

Лишение родительских прав не освобождает родителей от обязанности содержать своего ребенка.

При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию.

Важно понимать, что злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами может привести к ограничению дееспособности, а следовательно невозможности реализовывать свои права в полной мере (ст. 30 Гражданский кодекс РФ).

Дело об ограничении гражданина в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами может быть возбуждено на основании заявления членов его семьи, органа опеки и попечительства, медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь ( ст. 281 Гражданского процессуального кодекса РФ).

Важно понимать, что измениться никогда не поздно, если женщина прекращает употреблять наркотические и алкогольные вещества, то

она имеет право восстановить свои родительские права и снять ограничение дееспособности.

Родители (один из них) могут быть восстановлены в родительских правах в случаях, если они изменили поведение, образ жизни и (или) отношение к воспитанию ребенка (статья 72 Семейного Кодекса РФ).

Если основания, в силу которых гражданин был ограничен в дееспособности, отпали, суд отменяет ограничение его дееспособности.

Любое лечение наркотической, алкогольной зависимости включает 2 равноправных аспекта — медикаментозная и немедикаментозная терапия. При лечении беременных женщин возможности медикаментозной терапии крайне ограничены. Немедикаментозное лечение беременных женщин — это работа с психотерапевтом (индивидуальная и в группах), специальные тренинги и т. д. Очень важно, чтобы весь период беременности лечение проводили совместно психиатр-нарколог, психотерапевт и акушер-гинеколог.

Беременная женщина, которая в силу своего заболевания нуждается в помощи психолога, психотерапевта и т.д., необходимо направить за такой медицинской помощью. Она может бесплатно обратиться за ее оказанием в медицинскую организацию.

На территории Свердловской области также организованы центры медико-социальной поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации (центры кризисной беременности) (Приказ Минздрава Свердловской области от 27.12.2011 № 1575-п).

В подобного рода учреждениях всегда готовы оказать будущим мамам эмоциональную и иную поддержку, дать консультацию по волнующим их вопросам.

### **Беременность от нарко-/алкоголезависимого отца ребенка**

Наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, также наличие насилия в семье являются основаниями для признания граждан, нуждающимися в специальной социальной защите.

Для такой категории лиц в соответствии с жилищным законодательством создан Фонд жилых помещений для социальной защиты отдельных категорий граждан (статья 98 Жилищного Кодекса). Постановкой на учет в качестве нуждающихся занимается Управление социальной политики по месту жительства.

Человек (отец ребенка или близкий родственник) может быть госпитализирован в медицинскую организацию без его согласия, если он представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, или беспомощен, то есть не способен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или его здоровью будет причинен существенный вред вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Если человек в результате употребления алкоголя или наркотических веществ нарушает общественный порядок, выражает явное неуважение к обществу, сопровождающееся нецензурной бранью в общественных местах, оскорбительным приставанием к гражданам, а равно уничтожением или повреждением чужого имущества, то его можно привлечь к административной ответственности в виде наложение административного штрафа в размере от пятисот до одной тысячи рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток (ст. 20.1 КоАП РФ).

Если в результате пагубных увлечений ставится вопрос о вменяемости зависимого лица, то супруга или иные родственники могут обратиться с заявлением о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия (Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

Важно понимать, что злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами может привести к ограничению дееспособности, а следовательно невозможности реализовывать свои права в полной мере (ст. 30 Гражданский кодекс РФ).

В соответствии со ст.30 Гражданского кодекса РФ «Гражданин, который вследствие пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство».

Дело об ограничении гражданина в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средства-

ми может быть возбуждено на основании заявления членов его семьи, органа опеки и попечительства, медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь ( ст. 281 Гражданского процессуального кодекса РФ).

В соответствии с Семейным кодексом РФ родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей.

Родители (один из них) могут быть лишены родительских прав, если они являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией (Статья 69. Семейного кодекса РФ). Родители, лишённые родительских прав, теряют все права, основанные на факте родства с ребёнком, в отношении которого они были лишены родительских прав, в том числе право на получение от него содержания (статья 87 настоящего Кодекса), а также право на льготы и государственные пособия, установленные для граждан, имеющих детей.

При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию.

Лишение родительских прав не освобождает родителей от обязанности содержать своего ребенка.

Таким образом, даже если мужчина лишен родительских прав, он обязан исполнять алиментные обязанности в отношении их общего с женщиной ребенка. В последнее время наблюдается тенденция к усилению штрафных санкций за неисполнение родительских обязанностей. Так, за уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

Увлечения бывают разными. Одни полезны и безобидны, другие опасны.

Если ранее за употребление наркотических средств предусматривалась только административная ответственность, то сейчас эта ответ-



ственность уголовная. Если человек употребляет наркотики в общественных местах, он подлежит уголовной ответственности, поскольку совершил уголовный проступок, предусмотренный ст.296 ч.1 УК.

Статья 296 ч.1 УК запрещает немедицинское потребление наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, прекурсоров в общественных местах. Указанная статья предусматривает альтернативные виды наказания в виде штрафа до ста месячных расчетных показателей, либо назначаются исправительные работы в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до ста двадцати часов, либо арестом на срок до сорока пяти суток.

В соответствии с административным законодательством потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ влечет наложение административного штрафа в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток.

Привлечение виновного к уголовной ответственности и осуждение его за совершенное преступление, лишение родительских прав должно рассматриваться как один из механизмов прекращения насилия и обеспечения безопасности ребенка.

Важно помнить, что беременная женщина находится под особой защитой государства. Если употребление алкогольных напитков, наркотиков мужем, сожителем беременной женщины сопровождается насилием в отношении ее, то ему грозит юридическая ответственность за уже совершенно иные деяния.

Совершение преступления в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности, а также в отношении малолетнего, другого беззащитного или беспомощного лица является отягчающим наказанием обстоятельством.

Так, например, умышленное причинение тяжелого вреда здоровью (статья 111 Уголовного кодекса РФ) опасного для жизни человека, или повлекшего за собой прерывание беременности наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.

Истязание (статья 117 Уголовного кодекса РФ) в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет.

Возможно привлечь обидчика и к административной ответственности за побои (статья 6.1.1. КоАП РФ).

Нанесение побоев или совершение иных насильственных действий, причинивших физическую боль, если эти действия не содержат

уголовно наказуемого деяния, — влечет наложение административного штрафа в размере от пяти тысяч до тридцати тысяч рублей, либо административный арест на срок от десяти до пятнадцати суток, либо обязательные работы на срок от шестидесяти до ста двадцати часов.

Также в порядке гражданского судопроизводства возможно взыскать вред, причиненный жизни и здоровью, имуществу, а также компенсацию морального вреда пострадавшей (ст. 150, 151 Гражданского кодекса РФ).

### **Кризисные беременные, подданные других стран. Беженки, гастарбайтеры**

Всеми вопросами гражданства, миграции, получения разрешения на работу занимается **Главное управление по вопросам миграции МВД России**. На территории Свердловской области — Управление по вопросам миграции Главного управления Министерства внутренних дел Российской Федерации по Свердловской области. Именно туда следует направить беременную для получения консультации и помощи.

Прежде всего нужно помочь беременной женщине легализовать свое нахождение на территории России. Если она укрывается в РФ от военных действий на территории своей родины или укрывается от властей своего государства по иным причинам, то ей нужно оформить статус беженца, вынужденного переселенца или попросить политического убежища.

Согласно Федеральному закону «О беженцах» от 19.02.93 № 4528-1 (в редакции от 21.07.98 № 117-ФЗ) лицо, признанное беженцем, и прибывшие с ним члены его семьи имеют право на медицинскую и лекарственную помощь наравне с гражданами Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации (подпункт 7 пункта 1 статьи 8 Закона). При этом страхователями для неработающих иностранных граждан, признанных беженцами, являются органы исполнительной власти, местная администрация.

Статья 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гласит, что «каждый имеет право на медицинскую помощь».

Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации.

Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Таким образом, при рассмотрении вопроса об оказании медицинской помощи иностранным гражданам следует обращаться к нормам международных договоров, заключенных между РФ и иными государствами.

В соответствии со ст. 11 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, они подлежат депортации из Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Эта норма не применяется, если указанные иностранные граждане и лица без гражданства имеют членов семьи (супруга (супругу), детей (в том числе усыновленных), родителей (в том числе приемных) — граждан Российской Федерации либо иностранных граждан или лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, и при этом **отсутствуют нарушения** ими законодательства Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции:

На территории России действуют Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации» (утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 1 сентября 2005 г. № 546).

В соответствии с Правилами Медицинская помощь иностранным гражданам, временно пребывающим (временно проживающим) или постоянно проживающим в Российской Федерации, оказывается медицинскими и иными осуществляющими медицинскую деятельность организациями.

Медицинская помощь в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, оказывается иностранным гражданам медицинскими организациями бесплатно.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается иностранным гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения указанная медицинская помощь оказывается иностранным гражданам бесплатно.

Однако необходимо понимать, что беременность не является заболеванием. С точки зрения Википедии, «Бере́менность челове́ка (лат. *graviditas*) — особое состояние организма женщины, при котором в её репродуктивных органах находится развивающийся эмбрион или плод». Поэтому беременную гражданку иностранного государства следует настраивать на то, что роды для нее на территории России будут платными. В критической сложной жизненной ситуации для оплаты родов и содержания матери и ребенка в учреждении родовспоможения можно в качестве варианта обратиться за помощью к национальным диаспорам.

В соответствии с Письмом ФФОМС от 03.11.1999 № 5545/30-3/и «О медицинском страховании иностранных граждан» Согласно статье 8 Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» иностранные граждане, **постоянно проживающие** в Российской Федерации, имеют такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации, если международными договорами не предусмотрено иное.

Медицинское страхование иностранных граждан, временно находящихся в Российской Федерации, осуществляется в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Иностранные граждане, являющиеся застрахованными лицами в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», имеют право на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

Полис ОМС удостоверяет ваше право на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории РФ при наступлении страхового случая в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС, а на территории субъекта РФ, в котором выдан полис — в объеме, установленном территориальной программой ОМС;

По полису ОМС вы имеете право получить медицинскую помощь по месту жительства и по месту временного проживания только в тех медицинских организациях, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС.

Таким образом, беременной женщине, имеющей гражданство другой страны и постоянно проживающей на территории России, надо рекомендовать оформить медицинский полис. При наличии у нее полиса обязательного медицинского страхования она имеет право получать все основные базовые виды медицинской помощи в любой точке России.

Обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством подлежат только «постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации иностранные граждане и лица без гражданства, а также иностранные граждане и лица без гражданства, временно пребывающие в Российской Федерации (за исключением высококвалифицированных специалистов в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»)» (статья 2 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»). Обязательным условием является работа иностранного гражданина по трудовому договору.

Важно знать, что если международным договором (соглашением) Российской Федерации установлен иной порядок медицинского обеспечения находящихся в России иностранных граждан, чем тот, который определен российским законодательством, то применяются правила международного договора.

При этом установлено, что международные договоры и соглашения не должны ограничивать права и свободы человека и гражданина в области охраны здоровья, закрепленные российским законодательством.

Беременной гражданке иностранного государства можно предложить выехать за пределы России и родить ребенка у себя в стране, чтобы в соответствии с законами ее государства получить все причитающиеся ей социальные пособия и льготы.

В качестве дополнительной помощи можно обратиться к работодателю иностранного гражданина, возможно работодатель оформлял на своих сотрудников полисы добровольного медицинского страхования. При оформлении такого полиса важно, чтобы программой гарантий была предусмотрена медицинская помощь при возможной беременности иностранного гражданина.

Также за помощью можно обратиться в национальные общественные организации.

## Кризисные беременные женщины -инвалиды

В современном демократическом обществе одним из важнейших фундаментальных принципов является равенство всех людей в части обладания и защиты своих прав и свобод. Россия — демократическое правовое государство. Человек, его права и свободы являются высшей ценностью.

Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, **а также других обстоятельств.**

Беременная женщина, имеющая инвалидность, обладает теми же правами и ей положены такие же льготы и компенсации, что и другим беременным, не имеющим ограничения возможностей здоровья.

Вопросы обеспечения пособием по беременности и родам, а также продолжительность выплаты и ее размер рассмотрены в Федеральном законе от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством».

Так, пособие по беременности и родам выплачивается застрахованной женщине суммарно за весь период отпуска по беременности и родам продолжительностью 70 (в случае многоплодной беременности — 84) календарных дней до родов и 70 (в случае осложненных родов — 86, при рождении двух или более детей — 110) календарных дней после родов. Пособие по беременности и родам выплачивается застрахованной женщине в размере 100 процентов среднего заработка.

Неработающая женщина или семья, где оба родителя не работают, получают единовременное пособие в связи с рождением ребенка в органах социальной защиты населения.

Беременным женщинам-инвалидам положен наряду с другими материальными пособиями и родовой сертификат, введенный в действие и утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 ноября 2005 г. № 701 «О родовом сертификате».

Оказание квалифицированной медицинской помощи инвалидам осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (статья 13 Федерального

закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 01.06.2017) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

При обращении за медицинской помощью беременной женщине-инвалиду имеет смысл предъявить лечащему врачу или обратиться с заявлением на имя главного врача и приложить индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида — комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Этот документ является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности (статья 11 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 01.06.2017) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Медицинские учреждения обязаны обеспечить инвалидам (включая инвалидов, использующих кресла-коляски и собак-проводников) условия для беспрепятственного доступа к своему учреждению, как к объекту социальной инфраструктуры, возможность самостоятельного передвижения по территории. Законом предусмотрено оказание работниками организаций, предоставляющих услуги населению, помощи инвалидам в преодолении барьеров, мешающих получению ими услуг наравне с другими лицами (ст. 15 № 181-ФЗ).

В каждой больнице и другом объекте социальной инфраструктуры разрабатывается и заполняется паспорт доступности объекта (Методическое пособие Министерство труда и социальной защиты РФ от 18 сентября 2012 г. “Методика паспортизации и классификации объектов и услуг с целью их объективной оценки для разработки мер, обеспечивающих их доступность”).

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследо-

вания, наличия заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Для женщин, имеющих инвалидность, информация должна быть предоставлена с учетом особенностей их здоровья. Должно соблюдаться надлежащее размещение оборудования и носителей информации, дублирование необходимой для инвалидов звуковой и зрительной информации, а также надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля, допуск сурдопереводчика и тифлосурдопереводчика и прочее.

Беременная женщина-инвалид имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных рисках дальнейшего вынашивания беременности, для получения информации о возможных патологиях плода, лечении и т. д.

Лечащий врач в доступной для пациента форме обязан донести информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и назначаемом при необходимости лечении.

К каждой женщине, имеющей заболевания, протекающие на фоне беременности, необходим индивидуальный подход.

Причинами обращения будущей мамы к другим врачам могут служить либо непосредственно само заболевание, имевшее место до беременности, либо появление признаков, характерных для рецидивов хронического течения болезни, способных повлиять на исход беременности и здоровье малыша.

Существует Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

В любом случае, степень опасности и риски для матери и ребенка должен определить врач и в соответствии с законом предоставить гарантированный объем медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Дальнейшее развитие событий во многом зависит от того, на каком сроке выявляют патологии у женщины, и какое именно отклонение было диагностировано.

В любом случае в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в



Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Давление со стороны медицинской организации, врача при решении вопроса о сохранении беременности исключено. Врач может только посоветовать, но решение принимают сами родители.

Необходимо понимать, что если в результате инвалидности (в том числе ментальной, например, в ситуации ограничения/лишения дееспособности) женщина не может осуществлять уход за ребенком, либо ребенок находится в потенциально опасном для его жизни положении, то при отсутствии или неизвестности местонахождения отца ребенка, потребуется установление опеки над новорожденным или возможно помещение его в Дом малютки.

Семейный кодекс устанавливает отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью (ст. 77 СК РФ). Органы опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей, если проживание в семье угрожает жизни и здоровью ребенка, что влечет в дальнейшем лишение родительских прав или их ограничение.

Перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утверждаются Правительством Российской Федерации исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших (статья 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Безусловно, женщинам-инвалидам, еще ожидающим или уже воспитывающим ребенка, намного труднее. В вопросах оказания помощи такой категории граждан необходимо привлекать Управление социальной политики по месту жительства, общественные организации, организовать поиск волонтеров.

### **Беременные с хроническими заболеваниями/ Беременные с онкологическими диагнозами**

Для любого человека важно быть здоровым, то есть пребывать в состоянии физического, психического и социального благополучия, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма (статья 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Взаимодействие акушерских и онкологических, иных проблем неизбежно, так как беременность может оказывать неблагоприятное влияние на рост опухоли, а опухоль — на развитие и исход беременности. Врачебная тактика по отношению к беременности у больных с хроническими, онкологическими заболеваниями нуждается в строгой индивидуализации.

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние.

Данная информация предоставляется лечащим врачом.

Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

При оказании медицинской помощи реализуется принцип приоритета интересов пациента. Медицинская помощь оказывается с учетом его физического состояния.

Таким образом, беременная женщина вправе обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о своем состоянии и изменениях в ее организме в результате беременности и родов.

К каждой женщине, имеющей заболевания, протекающие на фоне беременности, необходим индивидуальный подход.

Причинами обращения будущей мамы к другим врачам могут служить либо непосредственно само заболевание, имевшее место до беременности, либо появление признаков, характерных для рецидивов хронического течения болезни, способных повлиять на исход беременности и здоровье малыша.

Существует Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

В любом случае, степень опасности и риски для матери и ребенка должен определить врач и в соответствии с законом предоставить гарантированный объем медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Дальнейшее развитие событий во многом зависит от того, на каком сроке выявляют патологии у женщины и какое именно отклонение было диагностировано.

Возможно для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию потребуется созвать Консилиум.

Консилиум врачей созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации (включая дистанционный консилиум врачей). Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента.

В протоколе консилиума врачей указываются фамилии врачей, включенных в состав консилиума врачей, сведения о причинах проведения консилиума врачей, течении заболевания пациента, состоянии пациента на момент проведения консилиума врачей, включая интерпретацию клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования и решение консилиума врачей.

Беременная женщина имеет право быть отправленной в специализированный роддом при наличии у нее медицинских показаний (со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной систем, болезней почек, крови и т.д.).

Важно напомнить женщине, что в соответствии со ст. 27 323-ФЗ граждане **обязаны** заботиться о сохранении своего здоровья, соблюдать режим лечения. Беременная имеет право обратиться за предоставлением информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, в том числе и о последствиях для ее здоровья беременности и родов.

При оказании медицинской помощи реализуется принцип приоритета интересов пациента, а пациентом до момента рождения ребенка («Моментом рождения ребенка является момент отделения плода от организма матери посредством родов» ст. 53 323-ФЗ) является только беременная женщина.

В любом случае в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Давление со стороны медицинской организации, врача при решении вопроса о сохранении беременности исключено. Врач может только посоветовать, но решение принимают сами родители.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (статья 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Если беременная женщина в силу своего заболевания нуждается в помощи психолога, психотерапевта и т.д., она может бесплатно обратиться за ее оказанием в медицинскую организацию.

Беременной женщине необходимо разъяснить, что закон допускает при отсутствии возможности (в том числе в силу имеющегося заболевания) воспитывать и заботиться о ребенке, временное его помещение в организацию для детей-сирот по заявлению законных представителей. При этом родительские права относительно малыша сохраняются.

Дети, чьи родители, усыновители либо опекуны (попечители) (далее — законные представители) согласно пункту 2 статьи 155.1 Семейного кодекса Российской Федерации не могут исполнять свои обязанности в отношении детей, **могут быть временно помещены** в организацию для детей-сирот по заявлению законных представителей, а также с учетом мнения детей, достигших 10-летнего возраста (Постановление Правительства РФ от 24.05.2014 № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» (вместе с «Положением о деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей»)).

Временное пребывание ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в целях получения им

медицинских, социальных, образовательных или иных услуг либо в целях обеспечения временного проживания ребенка в течение периода, когда родители, усыновители либо опекуны или попечители по уважительным причинам не могут исполнять свои обязанности в отношении ребенка, не прекращает прав и обязанностей родителей, усыновителей либо опекунов или попечителей в отношении этого ребенка (статья 155.1 Семейного Кодекса РФ).

### **Многодетные кризисные беременные с изъятыми опекой детьми (из-за плохого ухода, отсутствия ремонта, работы, жилья и проч.)**

Родители или опекуны, воспитывающие троих и более малолетних детей (не достигших 18 лет), считаются на территории Российской Федерации многодетной семьей.

Это говорит о том, что они в любом регионе нашей необъятной страны имеют право на определенный перечень государственной поддержки.

Доказательством семейного статуса считается специальное удостоверение, выдаваемое территориальными органами социальной защиты, куда и следует подать необходимый набор справок и других документов, чтобы получить статус многодетной семьи.

Помимо льгот на проезд в общественном транспорте, снижение платы за коммунальные услуги, бесплатное выделение участка земли для индивидуального ведения хозяйства, предоставление бесплатного питания в образовательных учреждениях; на территории Российской Федерации действует Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей».

На территории Свердловской области действует Закон Свердловской области № 86-ОЗ от 20.10.2011 г. «Об областном материнском (семейном) капитале», он разработан на основании федерального законодательства.

Так, у женщин, родивших (усыновивших) второго ребенка или последующих детей появляется право на дополнительные меры государственной поддержки («Материнский капитал»).

Выплата денежных средств осуществляется как из федерального бюджета, так и бюджета Свердловской области одновременно.

Распоряжаться полученными средствами можно по следующим направлениям:

- 1) **улучшение жилищных условий;**
- 2) получение образования ребенком (детьми);
- 3) формирование накопительной пенсии для женщин;
- 4) приобретение товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов.

Помимо федеральных льгот в каждом субъекте России существуют региональные льготы. Чтобы претендовать на ряд льгот, определяемых в специальном перечне для региона, необходимо получить специальное удостоверение многодетной семьи региона. Для этого подается заявление и пакет необходимой документации в Управление социальной политики. Документом, подтверждающим право многодетной семьи Свердловской области, является единое по Свердловской области удостоверение многодетной семьи, которое выдается на основании заявления каждому родителю;

Так, например, Законом Свердловской области от 20.11.2009 №100-ОЗ «О социальной поддержке многодетных семей в Свердловской области» закреплено, что

- 1) Для многодетной семьи, имеющей среднедушевой доход ниже установленной в Свердловской области величины прожиточного минимума на душу населения, в связи с рождением после 31 декабря 2012 года третьего ребенка или последующих детей выплачивается ежемесячная денежная выплата до достижения таким ребенком возраста трех лет;

- 2) Ежемесячное пособие на проезд по территории Свердловской области на всех видах городского пассажирского транспорта и на автомобильном транспорте общего пользования пригородных маршрутов в размере 275 рублей на каждого ребенка, обучающегося в общеобразовательной организации;

- 3) Бесплатный проезд по территории Свердловской области на автомобильном транспорте общего пользования (кроме такси) междугородных маршрутов для каждого ребенка, обучающегося в общеобразовательной организации;

- 4) Бесплатное обеспечение лекарственными препаратами детей в возрасте до 6 лет в фармацевтических организациях по рецептам врачей;

- 5) **Компенсация 30 % расходов на оплату коммунальных услуг**, включающую в себя оплату горячего водоснабжения, холодного водоснабжения, водоотведения, электроснабжения, газоснабжения (в том числе поставок бытового газа в баллонах), отопления (теплоснабжения, в том числе поставок твердого топлива при наличии печного

отопления в домах, не имеющих центрального отопления), в пределах нормативов, устанавливаемых Правительством Свердловской области;

6) Бесплатное питание (завтрак или обед) для каждого ребенка, обучающегося по очной форме обучения в государственных общеобразовательных организациях Свердловской области, муниципальных общеобразовательных организациях, частных общеобразовательных организациях и обособленных структурных подразделениях государственных образовательных организаций Свердловской области по имеющим государственную аккредитацию основным общеобразовательным программам;

7) Бесплатное посещение областных государственных музеев;

8) Первоочередное предоставление детям мест в дошкольных образовательных организациях.

Основная проблема в жизни многодетных семей — **улучшение жилищных условий**. Многим многодетным семьям приходится ютиться в небольших жилых помещениях. Все они имеют право на получение муниципального жилья на условиях социального найма. Для этого им необходимо встать на очередь в местной администрации. Длительность ожидания социального жилья зависит от региона.

Темпы строительства в различных областях, краях и республиках не одинаковы. Многое в решении вопросов обеспечения жильем многодетных семей зависит от работы местной власти. Они вправе принимать свои программы строительства социального жилья. Так, например, в Свердловской области действует Постановление Правительства Свердловской области от 24.10.2013 № 1296-ПП «Об утверждении государственной программы Свердловской области «Реализация основных направлений государственной политики в строительном комплексе Свердловской области до 2020 года».

За дополнительной информацией и полным перечнем полагающихся многодетной семье льгот следует обращаться в органы социального обслуживания населения.

Каждый ребенок в семье имеет равные права и равные возможности. В отношении каждого ребенка родители несут ответственность за воспитание и развитие. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии каждого из своих детей.

Законодательство наделяет органы опеки и попечительства рядом полномочий, использование которых имеет принципиальное значение для защиты детей от насилия в семье. К таким полномочиям, прежде всего, относится право этих органов немедленно отобрать ребенка у родителей (одного из них) или у других лиц, на попечении которых он

находится, при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью. Согласно статье 64 Семейного кодекса Российской Федерации родители не вправе представлять интересы своих детей, если органом опеки и попечительства установлено, что между интересами родителей и детей имеются противоречия.

В таких случаях орган опеки и попечительства обязан назначить представителя для защиты прав и интересов детей. Данная норма может играть важную роль в профилактике насилия над детьми в семье, однако на практике она в настоящее время применяется редко.

Именно на органах опеки и попечительства лежит обязанность урегулирования конфликтов, связанных с воспитанием детей, а также конфликтных отношений между членами семьи путем поиска компромисса, разъяснения сторонам конфликта требований закона и необходимости строгого соблюдения принципа наилучшего обеспечения интересов ребенка.

Органы опеки и попечительства разрешают разногласия между опекуном ребенка и несовершеннолетними родителями ребенка (статья 62 Семейного кодекса Российской Федерации), а также возникающие между родителями разногласия, касающиеся воспитания и образования детей (ст. 64 Семейного кодекса Российской Федерации); принимают решение о порядке общения дедушки, бабушки, братьев, сестер и других родственников с ребенком (статья 67 Семейного кодекса Российской Федерации).

Внесудебное разрешение семейных конфликтов можно считать важнейшим направлением профилактики жестокого обращения с детьми, поскольку эта деятельность позволяет на ранних сроках развития семейного кризиса выявить семьи из группы риска по насилию над ребенком, указать родителям на ошибки в воспитании детей, принять меры по устранению причин возникновения трудной жизненной ситуации, в которой оказалась семья, повысить компетентность родителей как воспитателей.

Указанное обстоятельство имеет особое значение в случаях жестокого обращения с детьми. Оказание психологической, медицинской и иной помощи только ребенку **без изменения поведения родителей**, отказа от использования антипедагогических приемов воспитания не позволит в полном объеме защитить права ребенка, создать надлежащие условия для его развития и в конечном итоге приведет к изъятию ребенка из семьи.

Инициирование вопроса о лишении родительских прав должно рассматриваться в качестве крайней меры воздействия на родителей,



применяемой только в тех случаях, когда иные меры не дали результата (Письмо от 10 марта 2009 г. № 06-224 Минобрнауки России Методические рекомендации «Об организации в субъектах Российской Федерации работы по профилактике жестокого обращения с детьми»).

Если родители будут надлежащим образом исполнять возложенные на них семейным законодательством обязанности в отношении каждого из своих детей, то они могут быть **восстановлены в родительских правах** в случаях, если они изменили поведение, образ жизни и (или) отношение к воспитанию ребенка (статья 72 Семейного кодекса РФ).

Восстановление в родительских правах осуществляется в судебном порядке по заявлению родителя, лишенного родительских прав. Дела о восстановлении в родительских правах рассматриваются с участием органа опеки и попечительства, а также прокурора.

Одновременно с заявлением родителей (одного из них) о восстановлении в родительских правах может быть рассмотрено требование о возврате ребенка родителям (одному из них).

Следует иметь в виду, что не допускается восстановление в родительских правах, если ребенок усыновлен и усыновление не отменено.

Необходимо разъяснить беременной женщине, что закон допускает при отсутствии возможности воспитывать и заботиться о ребенке, временное его помещение в организацию для детей-сирот по заявлению законных представителей. При этом родительские права относительно малыша сохраняются.

Дети, чьи родители, усыновители либо опекуны (попечители) (далее — законные представители) согласно пункту 2 статьи 155.1 Семейного кодекса Российской Федерации не могут исполнять свои обязанности в отношении детей, **могут быть временно помещены** в организацию для детей-сирот по заявлению законных представителей, а также с учетом мнения детей, достигших 10-летнего возраста (Постановление Правительства РФ от 24.05.2014 № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» (вместе с «Положением о деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей»)).

Временное пребывание ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в целях получения им медицинских, социальных, образовательных или иных услуг либо в целях обеспечения временного проживания ребенка в течение периода,

когда родители, усыновители либо опекуны или попечители по уважительным причинам не могут исполнять свои обязанности в отношении ребенка, не прекращает прав и обязанностей родителей, усыновителей либо опекунов или попечителей в отношении этого ребенка (статья 155.1 Семейного Кодекса РФ).

**Дети, являющиеся членами одной семьи** или находящиеся в родственных отношениях, направляются в одну организацию для детей-сирот и размещаются в одной группе.

Также созданы образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, принимают детей, подвергшихся различным формам психического и физического насилия, а также детей, вынужденных покинуть семью.

Туда можно направить детей, в воспитании которых возникают трудности, для проведения комплексной диагностики их психического и физического состояния, оказания им индивидуально ориентированной педагогической, психологической, социальной, медицинской и юридической помощи, проведения психокоррекционной и психопрофилактической работы.

К работе с детьми и их родителями допускается привлекать всех необходимых специалистов: педагога-психолога, социального педагога, врачей-специалистов и других в зависимости от содержания и основных направлений деятельности центра.

Рожденный малыш наравне с остальными детьми имеет право на общение с обоими родителями, бабушкой, дедушкой, братьями, сестрами и другими родственниками, и в этом его права нельзя ограничивать.

В ситуации, когда родители не справляются с содержанием своих детей, Семейный кодекс РФ позволяет в случае невозможности получения содержания от своих родителей несовершеннолетним нуждающимся детям получить содержание от других членов семьи (бабушек, дедушек, братьев, сестер). В подобной ситуации имеет смысл обратиться за помощью и к другим родственникам.

**Женщины, забеременевшие в результате измены мужу.**

**Боящиеся развода, изъятия мужем детей,  
поэтому собирающиеся сделать аборт**

Если женщина находится в зарегистрированном браке и забеременела, то в соответствии с законодательством отцом ребенка признается ее супруг (п. 2 ст. 48 Семейного кодекса РФ).

В соответствии со ст. 80 Семейного кодекса РФ родители обязаны содержать своих несовершеннолетних детей. Таким образом, поскольку малыш рождается в полной семье, оба родителя несут равные обязанности по его содержанию и обеспечению законных интересов.

В ситуации если супруг доказал, что не является отцом будущего ребенка, женщине надо будет установить отцовство в отношении мужчины, кто фактически зачал ей ребенка. Отцовство устанавливается путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка либо в судебном порядке.

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга. Следует помнить, что семейные права (в том числе и право на материнство) охраняются законом. Государство предоставляет женщине защиту от развода на период беременности и до года после рождения ребенка.

Семейным кодексом РФ (статьей 17) установлены ограничения для мужчины вправе требовать расторжения брака. Так, муж не имеет права без согласия жены возбуждать дело о расторжении брака во время беременности жены и в течение года после рождения ребенка.

В соответствии со ст. 90 Семейного кодекса бывшая жена в период беременности и в течение трех лет со дня рождения общего ребенка имеет право требовать предоставления алиментов в судебном порядке от бывшего супруга, обладающего необходимыми для этого средствами.

Изъятие мужем детей, их дальнейшее укрывание незаконно. Ребенок имеет право на общение с **обоими** родителями, бабушкой, дедушкой, братьями, сестрами и другими родственниками. Расторжение брака родителей, признание его недействительным или раздельное проживание родителей не влияют на права ребенка.

В случае раздельного проживания родителей ребенок имеет право на общение с каждым из них. Ребенок имеет право на общение со своими родителями также в случае их проживания в разных государствах (статья 55 Семейного Кодекса РФ).

Все вопросы, касающиеся воспитания и образования детей, решаются родителями по их **взаимному согласию** исходя из интересов детей и с учетом мнения детей. Родители (один из них) при наличии разногласий между ними вправе обратиться за разрешением этих разногласий в орган опеки и попечительства или в суд.

Место жительства детей при раздельном проживании родителей устанавливается соглашением родителей.

При отсутствии соглашения спор между родителями **разрешается судом** исходя из интересов детей и с учетом мнения детей. При этом суд учитывает привязанность ребенка к каждому из родителей, братьям и сестрам, возраст ребенка, нравственные и иные личные качества родителей, отношения, существующие между каждым из родителей и ребенком, возможность создания ребенку условий для воспитания и развития (род деятельности, режим работы родителей, материальное и семейное положение родителей и другое).

При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию. Способы воспитания детей должны исключать пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбление или эксплуатацию детей. При осуществлении родительских прав родители (лица, их заменяющие) имеют право на оказание им содействия в предоставлении семье медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи (статья 65 Семейного Кодекса РФ).

Родители, осуществляющие родительские права в ущерб правам и интересам детей, несут ответственность в установленном законом порядке.

При злоупотреблении родительскими правами кем-либо из родителей ребенок или его законный представитель вправе обратиться за их защитой в орган опеки и попечительства, а также в суд.

В ситуации семейного насилия в зависимости от тяжести последствий жестокого обращения на мужчину либо иное лицо возлагается гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность.

Для того, чтобы привлечь тирана к ответственности необходимо совершить ряд действий. Прежде всего постараться укрыться в без-

опасном для себя месте, о котором мужчине (иному лицу) неизвестно. Затем зафиксировать телесные повреждения в медицинской организации, также самостоятельно сделать фотоснимки синяков, кровоподтеков, иных видимых повреждений. Обратиться с заявлением в органы внутренних дел для определения наличия состава уголовного преступления.

Важно помнить, что беременная женщина находится под особой защитой государства. Совершение преступления в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности, а также в отношении малолетнего, другого беззащитного или беспомощного лица является отягчающим наказанием обстоятельством.

Так, например, умышленное причинение тяжелого вреда здоровью (статья 111 Уголовного кодекса РФ) опасного для жизни человека, или повлекшего за собой прерывание беременности наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.

Истязание (статья 117 Уголовного кодекса РФ) в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет.

Возможно привлечь обидчика и к административной ответственности за побои (статья 6.1.1. КоАП РФ).

Нанесение побоев или совершение иных насильственных действий, причинивших физическую боль, если эти действия не содержат уголовно наказуемого деяния, — влечет наложение административного штрафа в размере от пяти тысяч до тридцати тысяч рублей, либо административный арест на срок от десяти до пятнадцати суток, либо обязательные работы на срок от шестидесяти до ста двадцати часов.

Также в порядке гражданского судопроизводства возможно взыскать вред, причиненный жизни и здоровью, имуществу, а также компенсацию морального вреда пострадавшей (ст. 150, 151 Гражданского кодекса РФ).

### **Беременность у женщин с постабортным синдромом**

Влияние аборта на психическое здоровье является предметом острых дискуссий.

Было отмечено, что последствия для психического здоровья могут возникать не сразу, а спустя длительное время после аборта. В момент душевного надлома и усталости беременная часто может иметь мысли против ребёнка, вызванные страхом перед «трудностями материнства».

В этом случае женщину следует окружить сердечной заботой и вниманием, чтобы женщина чувствовала себя и своего ребёнка защищёнными и её решение стало однозначным, принимающим ребёнка.

Беременной женщине, испытывающей постабортный синдром, обязательно нужно обратиться за медицинской помощью.

Получить консультацию соответствующего специалиста (психиатра, психотерапевта) женщина может как сама, так и по направлению врача акушера-гинеколога.

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных рисках дальнейшего вынашивания беременности, для получения информации о своем состоянии, назначаемом лечении и т. д.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, о влиянии посттравматического стресса на развитие плода и назначаемом при необходимости лечении. Состояние женщины на ранних сроках представляет собой сложный механизм психофизических реакций, с которыми женщина не в состоянии справиться. Женщина, находящаяся в состоянии депрессии, обращается к врачу, а он, при необходимости обязан направить пациентку для получения психологической и иной помощи.

Женщину, переживающую стресс, готовы бесплатно принять специалисты психологи в Кабинетах медико-социальной помощи женской консультации, Центрах медико-социальной поддержки беременных.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2007 г. № 389 при женских консультациях создаются Кабинеты медико-социальной помощи женской консультации. На территории Свердловской области также организованы центры медико-социальной поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации (центры кризисной беременности) (Приказ Минздрава Свердловской области от 27.12.2011 № 1575-п). В подобного рода

учреждениях всегда готовы оказать будущим мамам эмоциональную поддержку, дать консультацию по волнующим их вопросам.

В соответствии с законодательством оказание подобной медицинской помощи входит в программу государственных гарантий и производится без взимания платы.

Важно напомнить женщине, что в соответствии со ст. 27 323-ФЗ граждане **обязаны** заботиться о сохранении своего здоровья, соблюдать режим лечения. Беременная имеет право обратиться за предоставлением информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, в том числе и об особенностях протекания беременности в конкретно ее ситуации.

Чтобы лечение постабортного синдрома в период беременности было эффективным, необходимо создать благоприятную эмоциональную обстановку в семье. В семье должен быть благоприятный микроклимат, исключается всякого рода давление на беременную женщину.

### **Беременность в результате инцеста**

Запрет на инцест существует во всех человеческих обществах, однако не везде к нему относятся одинаково. Во всех обществах запрещены браки между родителями и их детьми, родными братьями и сестрами, но кое-где допускаются браки между двоюродными братьями и сестрами.

В Российской Федерации в соответствии со ст. 14 Семейного кодекса не допускается заключение брака между близкими родственниками (родственниками по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами), а также усыновителями и усыновленными.

В стрессовой ситуации беременности в результате инцеста важное значение имеет степень владения беременной женщиной (в случае ее несовершеннолетия законным представителем) информацией о возможных рисках, прогнозах развития беременности, возможности вынашивать беременность и жизнеспособности плода.

Согласно генетическим исследованиям, результатом инцеста может стать появление на свет ребенка с генетическими нарушениями. Особенно актуальной в такой ситуации становится пренатальная (дородовая) диагностика нерожденного малыша для определения генетических рисков и наследственных заболеваний.

Современные методы генетической диагностики, используемые в репродуктологии, такие как пренатальная диагностика (ПНД) и преимплантационная генетическая диагностика (ПГД) успешно применяются для выявления возможной генетической патологии у ребенка. ПНД проводится во время беременности на уже достаточно больших сроках (начиная с 10 нед.), поэтому в случае выявления генетической патологии у плода перед родителями встает вопрос об искусственном прерывании беременности или подготовке к рождению больного ребенка.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»»

При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач-акушер-гинеколог направляет ее в медико-генетическую консультацию (центр) для медико-генетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования.

В случае установления в медико-генетической консультации (центре) пренатального диагноза врожденных аномалий (пороков развития) у плода определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется перинатальным консилиумом врачей.

В случае постановки диагноза хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка после рождения прерывание беременности по медицинским показаниям проводится независимо от срока беременности по решению перинатального консилиума врачей **после получения информированного добровольного согласия беременной женщины.**

Приказом Минздрава России от 7 апреля 2016 г. № 216н утверждена форма информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представ-



ляющих опасность для окружающих, **по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические и другие консультации** и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства».

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных рисках дальнейшего вынашивания беременности, для получения информации о выявленной патологии плода, лечении и т.д.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и назначаемом при необходимости лечении.

Особого внимания заслуживает ситуация беременности в результате incestа вследствие произошедшего **сексуального насилия над ребенком (лицом, не достигшем возраста 18 лет)**.

Организация Объединенных Наций во Всеобщей декларации прав человека и в Декларации прав ребенка провозгласила, что дети вследствие своей физической и умственной незрелости имеют право на особую заботу и помощь, включая надлежащую правовую защиту.

В развитие этих положений ст. 19 Конвенции ООН о правах ребенка требует принимать все необходимые меры для защиты ребенка от любых форм физического или психологического насилия, оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы или эксплуатации, **включая сексуальное злоупотребление**, со стороны родителей, законных опекунов или любого другого лица, заботящегося о ребенке. Такие меры должны включать поддержку ребенка и лиц, которые о нем заботятся, предупреждение, выявление, информирование, передачу на рассмотрение, расследование, лечение в связи со случаями жестокого обращения с ребенком, а в случае необходимости возбуждение судебной процедуры.

Актуальность профилактики жестокого обращения с детьми связана с тем, что насилие в отношении детей или пренебрежение их основными потребностями оказывают негативное влияние на психическое развитие ребенка, нарушают его социализацию, порождают безнадзорность и правонарушения несовершеннолетних. Многие дети — жертвы насилия уходят из дома или детских учреждений, втягиваются в асоциальное поведение, начинают употреблять алкоголь или наркотики. Около 30% женщин, переживших в детстве сексуальное насилие и не получивших поддержки и профессиональной помощи, вступают в беспорядочные половые связи или занимаются проституцией (Письмо от 10 марта 2009 г. № 06-224 Минобрнауки России Методические рекомендации «Об организации в субъектах Российской Федерации работы по профилактике жестокого обращения с детьми»).

Глава II Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» предусматривает обязанность органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних осуществлять работу по выявлению и социальной реабилитации несовершеннолетних и семей, находящихся в социально опасном положении, организации индивидуальной профилактической работы не только в отношении несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, но и в отношении родителей или иных законных представителей, жестоко обращающихся с детьми.

В настоящее время профилактическую, реабилитационную и коррекционную работу в случаях жестокого обращения с детьми могут осуществлять органы опеки и попечительства, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие управление в сфере образования, образовательные учреждения, органы управления социальной защитой населения, учреждения социального обслуживания населения (центры социальной помощи семье и детям, центры психолого-педагогической помощи населению, центры экстренной психологической помощи и т.д.), специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, органов управления социальной защитой населения (социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, социальные приюты для детей, центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей), иные организации, создаваемые органами управления социальной защитой населения, органами управления образованием или органами опеки и попечительства.

Если беременная женщина несовершеннолетняя, то в обязательном порядке необходим законный представитель для защиты ее прав и интересов, потому что значительная часть случаев насилия над детьми являются преступлениями. Поэтому обязательным элементом помощи, оказываемой детям и их семьям, является правовая поддержка.

Если имеется подозрение на совершение в отношении ребенка противоправных действий со стороны ее родителей или других близких родственников, следует обратиться в органы опеки и попечительства для назначения представителя для защиты ее прав и интересов, а также в правоохранительные органы внутренних дел.

По семейному законодательству родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей.

При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию.

Так, статья 69 Семейного кодекса предусматривает лишение родительских прав, если родители уклоняются от выполнения своих обязанностей, злоупотребляют своими правами, жестокого обращаются с детьми (физическое, психологическое, сексуальное насилие), совершили **умышленное преступление против жизни или здоровья своего ребенка**, являются больными хроническим алкоголизмом и наркоманией.

Лишение родительских прав осуществляется в судебном порядке. Родители, лишённые родительских прав, теряют все права, основанные на факте родства с ребенком (п. 1 ст. 71 СК РФ), но в то же время лишение родительских прав не освобождает их от обязанности содержать своего ребенка (п.2 ст.71 СК РФ).

Также, Семейный кодекс устанавливает отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью (ст. 77 СК РФ). Органы опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей, если проживание в семье угрожает жизни и здоровью ребенка, что влечет в дальнейшем лишение родительских прав или их ограничение.

Российское уголовное законодательство предусматривает ответственность родителей за все виды физического и сексуального насилия над детьми, а также по ряду статей — за психологическое насилие, за пренебрежение основными потребностями детей и отсутствие заботы о них.

Из вышесказанного следует, что юридическая ответственность родителей за жестокое обращение с ребенком, за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершеннолетних имеет государственно-принудительный характер, применяется в строгом соответствии с законодательно установленной процедурой, влечет за собой негативные последствия для родителей и ущемление их прав.

### **Беременность в результате изнасилования (в т.ч. группового. Женщина не знает, кто отец)**

Согласно ч. 1 ст. 22 Конституции каждый имеет право на свободу и личную неприкосновенность. Проблеме искоренения насилия в отношении женщин, в том числе и в сфере сексуальных отношений, уделено внимание в Резолюциях Генеральной Ассамблеи ООН 61/143 от 19 декабря 2006 г., 62/133 от 18 декабря 2007 г. «Об активизации усилий в целях искоренения всех форм насилия в отношении женщин» и 62/134 от 18 декабря 2007 г. «Об искоренении изнасилования и других форм сексуального насилия во всех их проявлениях, в том числе в ходе конфликтов и связанных с ними ситуациями». Защите детей, в том числе от всех форм сексуальной эксплуатации и сексуального совращения, посвящены Декларация прав ребенка от 20 ноября 1959 г. и Конвенция о правах ребенка от 20 ноября 1989 г.

Под насилием в статьях 131 и 132 УК РФ следует понимать как опасное, так и неопасное для жизни или здоровья насилие, включая побои или совершение иных насильственных действий, связанных с причинением потерпевшему лицу физической боли либо с ограничением его свободы (Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 4 декабря 2014 г. № 16 г. Москва «О судебной практике по делам о преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности»).

К физическому насилию относят все агрессивные формы поведения, представляющие собой физическое воздействие на женщину, включающее ограничение свободы передвижения (избиения, хватания, нанесение ударов руками, ногами и т.д.).

Основным объектом преступления являются при изнасиловании взрослой (совершеннолетней женщины) ее половая свобода (право женщины на самостоятельное принятие решения о вступлении в половое сношение с мужчиной, о выборе полового партнера, форм, без физиче-

ского или психического принуждения), а при изнасиловании малолетней, несовершеннолетней или находившейся в беспомощном состоянии — половая неприкосновенность (защита от насильственного сексуального посягательства). При этом нарушение половой неприкосновенности всегда означает и нарушение половой свободы как составляющей части.

Дополнительным объектом является здоровье потерпевшей, ее честь и достоинство, а при изнасиловании малолетних или несовершеннолетних — их нормальное физическое, психическое, нравственное, половое развитие.

Изнасилование и насильственные действия сексуального характера следует признавать совершенными с использованием беспомощного состояния потерпевшего лица в тех случаях, когда оно в силу своего физического или психического состояния (слабумие или другое психическое расстройство, физические недостатки, иное болезненное либо бессознательное состояние), возраста (малолетнее или престарелое лицо) или иных обстоятельств не могло понимать характер и значение совершаемых с ним действий либо оказать сопротивление виновному. При этом лицо, совершая изнасилование или насильственные действия сексуального характера, должно сознавать, что потерпевшее лицо находится в беспомощном состоянии (п. 5 Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 4 декабря 2014 г. № 16 г. Москва О судебной практике по делам о преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности).

Потерпевшей от изнасилования должна быть предоставлена медицинскими работниками вся информация о беременности и других выявленных у неё или возможных последствиях изнасилования, таких как заражение инфекционными заболеваниями и эмоциональная травма.

Женщине, пережившей изнасилование, надо незамедлительно обратиться в полицию с заявлением о совершенном в отношении нее преступлении. Если насильник угрожал причинить вред ее здоровью, обещал преследовать, об этом также надо заявить и попросить укрытия.

Лицо, совершившее изнасилование, подлежит уголовной ответственности (статья 131 Уголовного кодекса РФ). Совершение преступления в составе группы лиц, группы лиц по предварительному сговору, организованной группы или преступного сообщества (преступной организации) является обстоятельством, отягчающее наказание (статья 63 Уголовного кодекса РФ).

Изнасилование наказывается лишением свободы на срок от трех до шести лет. Если оно повлекло **заражение** потерпевшей **венериче-**

**ским заболеванием** или совершенное группой лиц, группой лиц по предварительному сговору или организованной группой; соединенное с угрозой убийством или причинением тяжкого вреда здоровью, а также совершенное с особой жестокостью по отношению к потерпевшей или к другим лицам; — наказывается лишением свободы на срок от четырех до десяти лет с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

Изнасилование или насильственные действия сексуального характера следует признавать совершенными с особой жестокостью, если в процессе этих действий потерпевшему лицу или другим лицам умышленно причинены физические или нравственные мучения и страдания. Особая жестокость может выражаться в издевательствах и глумлении над потерпевшим лицом, истязании в процессе изнасилования, в причинении телесных повреждений, в совершении изнасилования или насильственных действий сексуального характера в присутствии родных или близких потерпевшего лица, а также в способе подавления сопротивления, вызывающем тяжелые физические либо нравственные мучения и страдания самого потерпевшего лица или других лиц.

Изнасилованием и насильственными действиями сексуального характера, **совершенными группой лиц** (группой лиц по предварительному сговору, организованной группой), должны признаваться не только действия лиц, непосредственно совершивших насильственное половое сношение или насильственные действия сексуального характера, но и действия лиц, содействовавших им путем применения физического или психического насилия к потерпевшему лицу или к другим лицам. При этом действия лиц, лично не совершавших насильственного полового сношения или насильственных действий сексуального характера, но путем применения насилия или угроз содействовавших другим лицам в совершении преступления, следует квалифицировать как **соисполнительство** в совершении изнасилования или насильственных действий сексуального характера ( п. 10 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 4 декабря 2014 г. № 16 г. Москва О судебной практике по делам о преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности).

Действия лица, непосредственно не вступавшего в половое сношение или не совершавшего действия сексуального характера с потерпевшим лицом и не применявшего к нему и к другим лицам физического или психического насилия при совершении указанных действий, а лишь содействовавшего совершению преступления советами, указани-

ями, предоставлением информации виновному либо устранением препятствий и т.п., надлежит квалифицировать по части 5 статьи 33 УК РФ и при отсутствии квалифицирующих признаков — по части 1 статьи 131 УК РФ или по части 1 статьи 132 УК РФ.

К иным тяжким последствиям изнасилования или насильственных действий сексуального характера, следует относить, в частности, самоубийство или попытку самоубийства потерпевшего лица, **беременность потерпевшей** и т.п. (п. 13 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 4 декабря 2014 г. № 16 г).

Недоверие к правоохранительным органам, широко распространенное убеждение в том, что «время — лучший лекарь», чувство стыда, особенно сильное в случаях сексуального насилия, препятствуют обращению за психологической помощью и информированию о преступлении правоохранительных органов.

В связи с этим важнейшей задачей специалиста, который работает с впервые выявленным случаем изнасилования, является формирование у обратившегося убежденности в необходимости оказания ему психологической помощи и **сообщения** о преступлении в **правоохранительные органы**. Кроме того, на этапе обращения в правоохранительные органы женщина должна получить необходимую медицинскую помощь.

Женщине, жертве изнасилования, в обязательном порядке надо обратиться за консультацией к психологу или психотерапевту. Особую значимость имеет оценка психологического состояния потерпевшего в случаях рассмотрения дел о его насилии. В соответствии с законодательством подобного рода консультации проводятся без взимания платы.

Случаи тяжелого или длительного насилия зачастую приводят к развитию психических нарушений, для коррекции которых необходимо оказание психиатрической помощи. Врач-психиатр помогает психологам установить, какие эмоционально-волевые расстройства и нарушения поведения пациента связаны с перенесенной психической травмой, а какие — с имеющимся у него психическим расстройством.

В случаях сексуального насилия важную роль играет осмотр, проведенный врачом, прошедшим специальную подготовку.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» изнасилование является социальным показанием для искусственного прерывания беременности.

Вопрос об искусственном прерывании беременности по социальным показаниям решается комиссией в составе руководителя медицинской организации, врача акушера-гинеколога, юриста, специалиста по социальной работе (при его наличии). Комиссия рассматривает письменное заявление женщины, заключение врача акушера-гинеколога о сроке беременности, документы, подтверждающие наличие социального показания для искусственного прерывания беременности. При наличии такого показания для искусственного прерывания беременности женщине выдается заключение с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями членов комиссии и печатью медицинской организации.

Однако каждая женщина самостоятельно должна решить вопрос о материнстве (статья 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Вне зависимости от обстоятельств зачатия мужчина, являющийся отцом будущего ребенка, несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

Для того, чтобы у женщины были гарантии исполнения мужчиной свои обязанностей родителя необходимо установить отцовство ребенка.

Это можно сделать как в добровольном порядке путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка, так и в судебном путем подачи искового заявления в суд. Предметом доказывания по делам об установлении отцовства является происхождение ребенка от конкретного лица.

В суде необходимо будет доказать факт отцовства именно этого мужчины. Предметом доказывания по делам об установлении отцовства является происхождение ребенка от конкретного лица.

В качестве доказательств в суде при установлении отцовства можно использовать показания свидетелей о характере взаимоотношений между сторонами, данные молекулярно-генетической экспертизы (генной, геномной, генетической дактилоскопии), другие доказательства, подтверждающие основание иска.

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

### **Беременность подростковая**

В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.



Если будущая мама несовершеннолетняя, то она наравне со всеми имеет право на защиту своих прав и законных интересов, в том числе право на защиту от злоупотреблений со стороны родителей (ст. 56 Семейного кодекса). Кроме того ребенок вправе выражать свое мнение при решении в семье любого вопроса, затрагивающего его интересы. При злоупотреблении родителями своими правами, ребенок вправе самостоятельно обращаться за их защитой в орган опеки и попечительства, а по достижении возраста четырнадцати лет в суд.

Следует помнить, что в соответствии с семейным законодательством несовершеннолетние родители имеют права на совместное проживание с ребенком и участие в его воспитании.

Несовершеннолетние родители, не состоящие в браке, в случае рождения у них ребенка и при установлении их материнства и (или) отцовства вправе самостоятельно осуществлять родительские права по достижении ими **возраста шестнадцати лет**. До достижения несовершеннолетними родителями возраста шестнадцати лет их ребенку назначается опекун, который осуществляет его воспитание совместно с несовершеннолетними родителями ребенка.

Несовершеннолетние родители имеют права признавать и оспаривать свое отцовство и материнство на общих основаниях, а также имеют право требовать по достижении ими возраста четырнадцати лет установления отцовства в отношении своих детей в судебном порядке.

В соответствии с Семейным кодексом РФ родительские права, прекращаются по достижении детьми возраста восемнадцати лет (совершеннолетия). Таким образом, с момент совершеннолетия или установления полной эмансипации родители не имеют права влиять на принятие решений детьми, человек становится полностью дееспособным и несет сам ответственность за свое здоровье и принятые им решения.

Родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей.

Если на несовершеннолетнюю маму оказывается давление со стороны ее родителей, следует обратиться в **органы опеки и попечительства** для назначения представителя для защиты прав и интересов.

Особого внимания заслуживает ситуация беременности подростка вследствие произошедшего **сексуального насилия над ребенком (лицом, не достигшем возраста 18 лет)**.

Организация Объединенных Наций во Всеобщей декларации прав человека и в Декларации прав ребенка провозгласила, что дети

вследствие своей физической и умственной незрелости имеют право на особую заботу и помощь, включая надлежащую правовую защиту.

В развитие этих положений ст. 19 Конвенции ООН о правах ребенка требует принимать все необходимые меры для защиты ребенка от любых форм физического или психологического насилия, оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы или эксплуатации, включая сексуальное злоупотребление, со стороны родителей, законных опекунов или любого другого лица, заботящегося о ребенке. Такие меры должны включать поддержку ребенка и лиц, которые о нем заботятся, предупреждение, выявление, информирование, передачу на рассмотрение, расследование, лечение в связи со случаями жестокого обращения с ребенком, а в случае необходимости возбуждение судебной процедуры. Защита детей, в том числе от всех форм сексуальной эксплуатации и сексуального совращения, посвящены Декларация прав ребенка от 20 ноября 1959 г. и Конвенция о правах ребенка от 20 ноября 1989 г.

Многие дети — жертвы насилия уходят из дома или детских учреждений, втягиваются в асоциальное поведение, начинают употреблять алкоголь или наркотики. Около 30% женщин, переживших в детстве сексуальное насилие и не получивших поддержки и профессиональной помощи, вступают в беспорядочные половые связи или занимаются проституцией (Письмо от 10 марта 2009 г. № 06-224 Минобрнауки России Методические рекомендации «Об организации в субъектах Российской Федерации работы по профилактике жестокого обращения с детьми»).

В настоящее время профилактическую, реабилитационную и коррекционную работу в случаях жестокого обращения с детьми могут осуществлять органы опеки и попечительства, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие управление в сфере образования, образовательные учреждения, органы управления социальной защитой населения, учреждения социального обслуживания населения (центры социальной помощи семье и детям, центры психолого-педагогической помощи населению, центры экстренной психологической помощи и т.д.), специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, органов управления социальной защитой населения (социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, социальные приюты для детей, центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей), иные организации, создаваемые органами управления социальной защитой населения, органами управления образованием или органами опеки и попечительства.

Основным объектом преступления являются при **изнасиловании малолетней**, несовершеннолетней или находившейся в беспомощном состоянии — половая неприкосновенность (защита от насильственного сексуального посягательства). При этом нарушение половой неприкосновенности всегда означает и нарушение половой свободы как составляющей части.

К иным тяжким последствиям изнасилования или насильственных действий сексуального характера, предусмотренным пунктом «б» части 3 статьи 131 и пунктом «б» части 3 статьи 132 УК РФ, следует относить, в частности, самоубийство или попытку самоубийства потерпевшего лица, **беременность потерпевшей** и т.п. ( п. 13 Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 4 декабря 2014 г. № 16 г. Москва «О судебной практике по делам о преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности»).

Если беременная женщина несовершеннолетняя, то в обязательном порядке необходим законный представитель для защиты ее прав и интересов, потому что значительная часть случаев насилия над детьми являются преступлениями. Поэтому обязательным элементом помощи, оказываемой детям и их семьям, является правовая поддержка.

Если имеется подозрение на совершение в отношении ребенка противоправных действий со стороны ее родителей или других близких родственников, следует обратиться в органы опеки и попечительства для назначения представителя для защиты ее прав и интересов, а также в правоохранительные органы внутренних дел.

По семейному законодательству родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей.

При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию.

Существуют Методические рекомендации по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Центр социальной помощи семье и детям», утвержденные Постановлением Минтруда России от 19 июля 2000 г. № 52).

Основными направлениями деятельности центров психолого-педагогической помощи населению являются:

оказание квалифицированной социально-психологической и психотерапевтической помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации;

осуществление мероприятий по повышению стрессоустойчивости и психологической культуры населения, особенно в сфере семейного и родительского общения;

психологическая коррекция конфликтных взаимоотношений родителей с детьми, неадекватных родительских установок и стереотипов воспитания ребенка (методические рекомендации по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Центр психолого-педагогической помощи населению», утвержденные Постановлением Минтруда России от 19 июля 2000 г. № 53).

Социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних принимают участие в выявлении и устранении причин и условий, способствующих безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних; оказывают социальную, психологическую и иную помощь несовершеннолетним, их родителям (законным представителям) в ликвидации трудной жизненной ситуации; содействуют возвращению в семью несовершеннолетних, самовольно ушедших из дома, осуществляют реабилитацию несовершеннолетних с различными формами и степенью социальной дезадаптации, организуют социальный патронаж несовершеннолетних (примерное положение о социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних, утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2000 г. № 896).

**Социальные приюты** для детей выявляют несовершеннолетних, нуждающихся в экстренной социальной помощи, обеспечивают их временное проживание при невозможности возвращения в семью (примерное положение о социальном приюте для детей, утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2000 г. № 896).

Также созданы образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, принимают детей, подвергшихся различным формам психического и физического насилия, а также детей, вынужденных покинуть семью.

Туда можно направить беременную несовершеннолетнюю для проведения комплексной диагностики их психического и физического состояния, оказания им индивидуально ориентированной педагогической, психологической, социальной, медицинской и юридической помощи, проведения психокоррекционной и психопрофилактической работы .

К работе с детьми и их родителями допускается привлекать всех необходимых специалистов: педагога-психолога, социального педагога-

га, врачей-специалистов и других в зависимости от содержания и основных направлений деятельности центра.

При возникновении трудностей, связанных с **обучением в школе** и беременностью подростка, родителям девочки необходимо напомнить следующее.

В соответствии с частью 4 статьи 43 Конституции Российской Федерации основное общее образование обязательно. В соответствии со статьей 63 Семейного кодекса РФ Родители несовершеннолетней беременной девушки обязаны обеспечить получение ей общего образования.

Федеральным законом предусмотрены различные формы получения образования и обучения с учетом потребностей и возможностей личности.

Родители имеют право выбора образовательной организации, формы получения детьми образования и формы их обучения с учетом мнения детей до получения ими основного общего образования.

В соответствии со ст.17 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об образовании в Российской Федерации» образование можно получать в школе или в семье, а также в форме самообразования.

В ситуации, когда беременная девочка не может по разным причинам посещать учебное заведение, ее родителям имеет смысл перевести ее на другую форму получения образования, например, на домашнее либо семейное обучение.

В соответствии со ст. 34 вышеуказанного закона обучающаяся имеет право обучение по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренное обучение, в пределах осваиваемой образовательной программы.

Родители (законные представители), выбирая получение образования в семейной форме, отказываются от получения образования в образовательных организациях и принимают на себя, в том числе, обязательства, возникающие при семейной форме получения образования (вне образовательных организаций).

По желанию родителей (законных представителей) образовательная организация для прохождения промежуточной или итоговой аттестации может быть определена на весь период получения общего образования, на период прохождения конкретной аттестации или на период одного учебного года в зависимости от объективных обстоятельств и наиболее эффективной реализации прав и свобод ребенка.

## **Беременная не знает, кто отец из-за наличия нескольких половых партнеров**

Если женщина состоит в зарегистрированном браке и забеременела в ситуации наличия нескольких партнеров, то в семейном законодательстве закреплено, что если ребенок рожден в браке или в течение трехсот дней с момента расторжения брака отцом ребенка признается супруг (бывший супруг) матери. До тех пор пока мужчина не докажет иное. И следовательно, у ребенка и соответственно его матери, как законного представителя, возникает право на получение содержания от мужа (бывшего мужа).

Однако вне зависимости от наличия зарегистрированного брака мужчина, являющийся отцом будущего ребенка, несет ответственность по его содержанию, обучению, воспитанию.

Для того, чтобы у женщины были гарантии исполнения мужчиной свои обязанностей родителя необходимо установить отцовство ребенка.

Это можно сделать как в добровольном порядке путем подачи в орган записи актов гражданского состояния совместного заявления отцом и матерью ребенка, так и в судебном путем подачи искового заявления в суд. Предметом доказывания по делам об установлении отцовства является происхождение ребенка от конкретного лица.

В суде необходимо будет доказать факт отцовства именно этого мужчины.

В качестве доказательств в суде при установлении отцовства можно использовать показания свидетелей о характере взаимоотношений между сторонам, данные молекулярно-генетической экспертизы (генной, геномной, генетической дактилоскопии), судебно-почерковедческой экспертизы (при необходимости доказывания отцовства на основании письменных доказательств, подтверждающих признание ответчиком отцовства, в случае оспаривания подлинности документа), справку жилищных органов о совместном проживании сторон до рождения ребенка, письма, квитанции почтовых переводов, телеграммы, запись на указание ответчика отцом в карте наблюдения за беременной и роженицей, в истории родов, сдача ответчиком крови для проведения анализов, другие доказательства, подтверждающие основание иска.

После установления отцовства у этого мужчины возникнут алиментные обязательства по содержанию их общего с женщиной ребенка.

За уклонение от алиментных обязательств в российском законодательстве предусмотрена административная, гражданская и при злостном уклонении уголовная ответственность.

В соответствии с уголовным законодательством уклоняющийся от исполнения своих обязанностей родитель может быть привлечен к исправительным работам на срок до одного года, либо принудительными работами на тот же срок, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Также должнику могут ограничить выезд за пределы страны, лишить права на управление транспортным средством (водительские права) до оплаты долга.

Если установить отца ребенка не имеется возможности, то женщина приобретает статус одинокой матери (самостоятельно (без отца) исполняет родительские функции по воспитанию и содержанию ребенка). Одинокaя мать, воспитывающая ребенка, имеет право на все виды выплат, льгот и пособий, которые предусмотрены государством для полных семей.

Приобретение такого статуса влечет за собой право на дополнительные виды поддержки, оказываемой региональными и местными властями.

Условия приобретения статуса матери-одиночки:

- Ребенок рождён вне брака, воспитывается только матерью в неполной семье, отцовство официально не установлено;
- Ребенок родился в официальном браке либо не позднее 300 дней после, но отцовство оспори́ли в суде;
- Одинокaя женщина усыновила ребенка или взяла его на воспитание.

При этом некоторые виды материальной помощи от государства недоступны для одиноких матерей. Это связано с тем, что закон ставит определённые выплаты и денежные компенсации в зависимость от статуса отца. Так, например, семьи, где отец ребенка является военнослужащим.

Помощь матерям-одиночкам от государства выражается следующим образом: дополнительные детские пособия и выплаты, льготы в трудовом и налоговом законодательстве, льготная очередь при устройстве в детский сад и многое другое.

Согласно части четвертой статьи 261 ТК РФ не допускается расторжение трудового договора по инициативе работодателя:

- с женщиной, имеющей ребенка в возрасте до трех лет;
- с одинокой матерью, воспитывающей ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет или малолетнего ребенка — ребенка в возрасте до четырнадцати лет; с другим лицом, воспитывающим указанных детей без матери;

— с родителем (иным законным представителем ребенка), являющимся единственным кормильцем ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет либо единственным кормильцем ребенка в возрасте до трех лет в семье, воспитывающей трех и более малолетних детей, если другой родитель или иной законный представитель ребенка не состоит в трудовых отношениях (за исключением увольнения по основаниям, предусмотренным пунктами 1, 5-8, 10 или 11 части первой статьи 81 или пунктом 2 статьи 336 ТК РФ) (п. 28 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28 января 2014 г. № 1 «О применении законодательства, регулирующего труд женщин, лиц с семейными обязанностями и несовершеннолетних»).

Местные власти самостоятельно из средств муниципального бюджета могут устанавливать всевозможные социальные льготы: бесплатное питание в учебном заведении; бесплатные средства первой необходимости для грудных детей; бесплатный социальный проезд; бесплатное предоставление школьной формы; бесплатные лекарства; бесплатные медицинские услуги; бесплатные социальные путёвки в санатории и другие социальные льготы.

Подробнее за полным перечнем льгот и оформление социального статуса женщине следует обращаться в Управление социальной политики по месту жительства.

### **Беременность на фоне использования гормональной контрацепции. Боязнь аномалий развития у ребенка**

В ситуации, когда женщина беспокоится о проблемах беременности или родов, важное значение имеет степень ее владения информацией об этом. До беременной женщины важно донести, что в любой момент беременности она может обратиться за любыми разъяснениями к своему лечащему врачу.

В соответствии со ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.



Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и назначаемом лечении.

Таким образом, беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных последствиях и изменениях в ее организме в результате беременности и родов, травмах и боли.

Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические и другие консультации и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства».

Современные методы диагностики, используемые в репродуктологии, такие как пренатальная диагностика (ПНД) и преимплантационная генетическая диагностика (ПГД) успешно применяются для выявления возможных патологии у ребенка. ПНД проводится во время беременности на уже достаточно больших сроках (начиная с 10 нед.), поэтому в случае выявления генетической патологии у плода перед родителями встает вопрос об искусственном прерывании беременности или подготовке к рождению больного ребенка.

Таким образом, при наличии какого-либо отклонения у плода с помощью современных технологий данный факт будет установлен в любом случае.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”»

При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий

(пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач-акушер-гинеколог направляет ее в медико-генетическую консультацию (центр) для медико-генетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования.

В случае установления в медико-генетической консультации (центре) пренатального диагноза врожденных аномалий (пороков развития) у плода определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется перинатальным консилиумом врачей.

В случае постановки диагноза хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка после рождения прерывание беременности по медицинским показаниям проводится независимо от срока беременности по решению перинатального консилиума врачей **после получения информированного добровольного согласия беременной женщины.**

Приказом Минздрава России от 7 апреля 2016 г. № 216н утверждена форма информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины.

При пренатально диагностированных врожденных аномалиях (пороках развития) у плода необходимо проведение перинатального консилиума врачей, состоящего из врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача-детского хирурга. Если по заключению перинатального консилиума врачей возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде, направление беременных женщин для родоразрешения осуществляется в акушерские стационары, имеющие отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, обслуживаемые круглосуточно работающим врачом-неонатологом, владеющим методами реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

При наличии врожденных аномалий (пороков развития) плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде, проводится консилиум врачей, в состав которого входят врач-акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, врач-детский кардиолог и врач-детский хирург.

Медико-генетическое консультирование имеет первостепенную важность. Внутритрунная диагностика порока сердца с помощью эхокардиографии позволяет решить вопрос о выборе учреждения для будущих родов и характере медицинской помощи.

При выявлении у плода патологии какого-либо рода дальнейшая тактика ведения беременности зависит от течения заболевания и непосредственно лечащего врача.

В такой стрессовой ситуации важное значение имеет степень владения беременной женщиной информацией об этом заболевании, прогнозов развития, возможности вынашивать беременность, жизнеспособности плода.

Возможно, следует довести до беременной женщины информацию, что по закону при наличии медицинских показаний искусственное прерывание беременности проводится независимо от срока беременности, и если бы у нее действительно были серьезные проблемы с развитием плода, то лечащий врач обязан был бы сообщить ей об этом.

Беременную женщину, которая в силу своего психического, психологического состояния нуждается в помощи психолога, психотерапевта и т.д., необходимо направить за такой медицинской помощью. Она может бесплатно обратиться за ее оказанием в медицинскую организацию.

На территории Свердловской области также организованы центры медико-социальной поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации (центры кризисной беременности) (Приказ Минздрава Свердловской области от 27.12.2011 № 1575-п).

В подобного рода учреждениях всегда готовы оказать будущим мамам эмоциональную и иную поддержку, дать консультацию по волнующим их вопросам.

Система здравоохранения и оказания медицинской помощи постоянно совершенствуются, развиваются как сами лечебные учреждения — оснащаются передовым оборудованием, так и постоянно повышают квалификацию медицинские работники.

На уровне Российской Федерации в настоящий момент реализуется Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» до 2020г. и многие другие. Все это делается для повышения качества оказания медицинской помощи, увеличения рождаемости в стране, снижения уровня младенческой смертности и патологий новорожденных.

Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос возникшей беременности в результате употребления **контрафактных, фальсифицированных средств гормональной контрацепции.**

С 23 января 2015 года вступили в силу значимые изменения в части ответственности за оборот фальсифицированных, контрафакт-

ных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок (БАД), не соответствующих требованиям законодательства (Федеральный закон от 31 декабря 2014 г. № 532-ФЗ).

Во-первых, в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Закон № 323-ФЗ) были включены определения терминов «фальсифицированные», «контрафактные» и «недоброкачественные» медицинские изделия.

Во-вторых, были повышены меры административной ответственности за обращение фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных БАД. Хотя статья 6.33 КоАП РФ, предусматривающая административную ответственность за обращение фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных БАД, введена сравнительно недавно, территориальные органы Росздравнадзора достаточно активно возбуждают дела об административных правонарушениях на основании данной статьи, а суды, как правило, назначают штрафы в крупных размерах

В-третьих, введена уголовная ответственность за производство лекарственных средств или медицинских изделий без специального разрешения (лицензии) (ст. 235.1 УК РФ), за производство, сбыт или ввоз на территорию РФ фальсифицированных или незарегистрированных лекарственных средств или медицинских изделий, а также фальсифицированных БАД и некоторые другие деяния (ст. 238.1, ст. 327.2 УК РФ).

Таким образом, если есть основания предполагать, что женщина употребляла в качестве гормональной контрацепции фальсифицированные, контрафактные, недоброкачественные или незарегистрированные лекарственные средства следует обратиться с заявлением в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, а также в правоохранительные органы за защитой своих прав.

### **Беременная женщина, занимающаяся проституцией**

Проституция представляет собой не единичные половые контакты с партнерами, а систематическое оказание сексуальных услуг лицами женского или мужского пола за материальное вознаграждение.

В подобной ситуации необходимо выяснить обстоятельства, при которых женщина стала оказывать сексуальные услуги, прежде всего по собственной воле или против своего желания, под принуждением или добровольно. Также следует учитывать возраст женщины — совершеннолетняя или ребенок.

Вовлечение в занятие проституцией или принуждение к продолжению занятия проституцией является деяниями уголовно наказуемыми (статья 240 Уголовного Кодекса РФ). Принуждением к продолжению занятием проституцией считается любое физическое или психическое воздействие на лицо, занимавшееся ранее проституцией. В результате лицо, в отношении которого осуществляется принуждение, лишается возможности жить и действовать по своему усмотрению вопреки желанию и целям принуждающего.

Общественная опасность этого преступления заключается в том, что в антиобщественные действия по оказанию интимных услуг за плату вовлекаются новые люди.

Вовлечение в занятие проституцией или принуждение к продолжению занятия проституцией наказываются штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок.

Те же деяния, совершенные:

- а) с применением насилия или с угрозой его применения;
  - б) с перемещением потерпевшего через Государственную границу Российской Федерации или с незаконным удержанием его за границей;
  - в) группой лиц по предварительному сговору, —
- наказываются лишением свободы на срок до шести лет с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

Совершенные организованной группой либо в отношении **несовершеннолетнего**, наказываются лишением свободы на срок от трех до восьми лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пятнадцати лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового.

Организация Объединенных Наций во Всеобщей декларации прав человека и в Декларации прав ребенка провозгласила, что дети вследствие своей физической и умственной незрелости имеют право на особую заботу и помощь, включая надлежащую правовую защиту. В

развитие этих положений ст. 19 Конвенции ООН о правах ребенка требует принимать все необходимые меры для защиты ребенка от любых форм физического или психологического насилия, оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы или эксплуатации, включая сексуальное злоупотребление, со стороны родителей, законных опекунов или любого другого лица, заботящегося о ребенке.

Жестокое обращение с детьми как социальное явление обладает способностью к воспроизводству: дети, перенесшие насилие, став взрослыми, жестоко обращаются с собственными детьми. Разорвать этот порочный круг насилия можно только с помощью своевременного оказания психотерапевтической и социальной помощи пострадавшему.

Такие меры должны включать поддержку ребенка и лиц, которые о нем заботятся, предупреждение, выявление, информирование, передачу на рассмотрение, расследование, лечение в связи со случаями жестокого обращения с ребенком, а в случае необходимости возбуждение судебной процедуры (Письмо от 10 марта 2009 г. № 06-224 Минобрнауки России Методические рекомендации «Об организации в субъектах Российской Федерации работы по профилактике жестокого обращения с детьми»).

К физическому насилию относят все агрессивные формы поведения, представляющие собой физическое воздействие на женщину, включающее ограничение свободы передвижения (избиения, хватания, нанесение ударов руками, ногами и т.д.).

Если женщина принуждалась к занятиям проституцией путем применения физического насилия, то тирана можно привлечь к ответственности по совокупности совершенных деяний. В зависимости от тяжести последствий жестокого обращения на мужчину либо иное лицо возлагается гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность.

Важно помнить, что беременная женщина находится под особой защитой государства. Совершение преступления в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности, а также в отношении малолетнего, другого беззащитного или беспомощного лица является отягчающим наказанием обстоятельством.

Так, например, умышленное причинение тяжелого вреда здоровью (статья 111 Уголовного кодекса РФ) опасного для жизни человека, или повлекшего за собой прерывание беременности наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.

Истязание (статья 117 Уголовного кодекса РФ) в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет.

Возможно привлечь обидчика и к административной ответственности за побои (статья 6.1.1. КоАП РФ).

Нанесение побоев или совершение иных насильственных действий, причинивших физическую боль, если эти действия не содержат уголовно наказуемого деяния, — влечет наложение административного штрафа в размере от пяти тысяч до тридцати тысяч рублей, либо административный арест на срок от десяти до пятнадцати суток, либо обязательные работы на срок от шестидесяти до ста двадцати часов.

Также в порядке гражданского судопроизводства возможно взыскать вред, причиненный жизни и здоровью, имуществу, а также компенсацию морального вреда пострадавшей (ст. 150, 151 Гражданского кодекса РФ).

В ситуации, когда женщина добровольно занимается проституцией и это ее единственный заработок, важно убедить ее легально трудоустроиться для получения положенных ей компенсаций и льгот. Материнство и детство находятся под защитой государства.

В соответствии с Трудовым кодексом РФ женщине полагается оплачиваемый отпуск по беременности и родам продолжительностью 70 (в случае многоплодной беременности — 84) календарных дней до родов и 70 (в случае осложненных родов — 86, при рождении двух или более детей — 110) календарных дней после родов.

А также работодатель по заявлению женщины предоставляет ей оплачиваемый за счет Фонда социального страхования отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет.

Неработающая беременная женщина также может встать на учет в службе занятости в качестве безработной и получать пособие до наступления отпуска по беременности и родам. Неработающая мать-одиночка или семья, где оба родителя не работают, получают единовременное пособие в связи с рождением ребенка в органах социальной защиты населения.

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком назначается неработающим женщинам в случае неполучения ими пособия по безработице, исходя из минимальных размеров пособий. За дополнительной информацией и полным перечнем полагающихся неработающей беременной женщине льгот следует обращаться в органы социального обслуживания населения.

В ситуации, когда родители не справляются с содержанием своих детей, Семейный кодекс РФ позволяет в случае невозможности получения содержания от своих родителей несовершеннолетним нуждаю-

щимся детям получить содержание от других членов семьи (бабушек, дедушек, братьев, сестер). В подобной ситуации имеет смысл обратиться за помощью и к другим родственникам.

В ситуации недостаточности или отсутствии жилья у беременной женщины резонно рассмотреть вопрос о возможном заключении договора социального найма.

В соответствии с жилищным законодательством по договору социального найма предоставляется жилое помещение государственного или муниципального жилищного фонда. Жилые помещения могут быть предоставлены по договорам найма жилых помещений жилищного фонда социального использования гражданам, признанным по установленным Жилищным Кодексом основаниям нуждающимися в жилых помещениях (ст. 91.3 Жилищного кодекса Российской Федерации от 29 декабря 2004 г. № 188-ФЗ).

Принятие граждан на учет нуждающихся в предоставлении жилых помещений по договорам найма жилых помещений жилищного фонда социального использования осуществляется на основании представленных данными гражданами заявлений о принятии на учет и необходимых документов, подтверждающих нуждаемость. Заявление с приложением необходимых документов следует подавать в Администрацию по месту их жительства или через многофункциональный центр.

Необходимо разъяснить беременной женщине, что закон допускает при отсутствии возможности воспитывать и заботиться о ребенке, временное его помещение в организацию для детей-сирот по заявлению законных представителей. При этом родительские права относительно малыша сохраняются.

Дети, чьи родители, усыновители либо опекуны (попечители) (далее — законные представители) согласно пункту 2 статьи 155.1 Семейного кодекса Российской Федерации не могут исполнять свои обязанности в отношении детей, **могут быть временно помещены** в организацию для детей-сирот по заявлению законных представителей, а также с учетом мнения детей, достигших 10-летнего возраста (Постановление Правительства РФ от 24.05.2014 № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» (вместе с «Положением о деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей»)).



Временное пребывание ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в целях получения им медицинских, социальных, образовательных или иных услуг либо в целях обеспечения временного проживания ребенка в течение периода, когда родители, усыновители либо опекуны или попечители по уважительным причинам не могут исполнять свои обязанности в отношении ребенка, **не прекращает прав и обязанностей родителей**, усыновителей либо опекунов или попечителей в отношении этого ребенка (статья 155.1 Семейного кодекса РФ).

Важно, чтобы женщины, оказывающие интимные услуги, были осведомлены о вредных последствиях ЗППП и о том, как защитить себя и своих детей от инфекции (ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), ведь они подвержены повышенному риску заражения. Следует помнить, что за заражение венерической инфекцией, а также ВИЧ-инфекцией предусмотрена административная и уголовная ответственность. Данную информацию также стоит донести до заболевшей беременной женщины, возможно, она обратится в компетентные органы за защитой своих прав.

Так, статья 121 Уголовного Кодекса «Заражение венерической болезнью»

1. Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, —

наказывается штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо арестом на срок до шести месяцев.

Статья 122 Уголовного кодекса РФ «Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни наказывается лишением свободы на срок до пяти лет».

Статья 6.1 КоАП «Сокровище лицом, больным ВИЧ-инфекцией, венерическим заболеванием, источником заражения, а также лиц, имевших с указанным лицом контакты, создающие опасность заражения этими заболеваниями, —

влечет наложение административного штрафа в размере от пяти-сот до одной тысячи рублей».

При постановке на учет в женской консультации беременная женщина в обязательном порядке сдает анализы на ЗППП. Данные ана-

лизы проводятся без взимания платы (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»)).

При выявлении врожденных аномалий (пороков развития) плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде, проводится консилиум врачей, в состав которого входят врач-акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, врач — детский кардиолог и врач — детский хирург. Консилиум врачей созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации (включая дистанционный консилиум врачей). Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента.

В любом случае, степень опасности и риски для матери и ребенка должен определить врач и в соответствии с законом предоставить гарантированный объем медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Дальнейшее развитие событий во многом зависит от того, на каком сроке выявляют патологии у женщины и какое именно отклонение было диагностировано.

Возможно для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию потребуются созвать Консилиум.

Существует Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Однако давление со стороны медицинской организации, врача при решении вопроса о сохранении беременности исключено. Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Чем раньше женщина начинает получать медицинскую помощь во время беременности, тем лучше для её здоровья и для здоровья еще не рожденного ребенка.

## **Беременные, пациентки психоневрологических диспансеров (дееспособные и признанные недееспособными)**

К каждой женщине, имеющей заболевания, протекающие на фоне беременности, необходим индивидуальный подход.

При рассмотрении данного вопроса в первую очередь необходимо выяснить дееспособна ли беременная женщина или в установленном порядке признана судом недееспособной.

Особый порядок применения мер искусственного прерывания беременности установлен законом для совершеннолетних недееспособных граждан. Недееспособным гражданин признается судом в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Гражданин может быть признан недееспособным, если он вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими. Над недееспособным устанавливается опека. Законным представителем гражданина, признанного недееспособным, является его опекун.

Искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной судом недееспособной, в том случае если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно на основании решения суда. Решение суда об искусственном прерывании беременности у совершеннолетней недееспособной выносится в порядке гражданского судопроизводства на основании заявления ее опекуна и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной.

Следует помнить, что в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или **его законного представителя на медицинское вмешательство** на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает либо сам пациент (при сохранении дееспособности), либо законный представитель в отношении лица, признанного в уста-

новленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Приказом Минздрава России от 7 апреля 2016 г. № 216н утверждена форма информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя допускается:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

При этом решение недееспособного лица должно быть информированным, т. е. основанным на предоставленной ему медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (ч. 1 ст. 20 Закона об охране здоровья). Такое решение не будет удовлетворять требованиям добровольности, если оно дано под влиянием обмана, насилия либо угроз со стороны медицинского персонала или других лиц.

Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, возможно лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации. **Ограничение прав и свобод лиц**, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением или пребывания в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, а также в стационарной организации социального обслуживания, предназначенной для лиц, страдающих психическими расстройствами, **не допускается**.

Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъектов Российской Федерации (статья 5 Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-І «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

Таким образом, любое медицинское вмешательство (в том числе и искусственное прерывание беременности) должно осуществляться только с согласия пациента или его законного представителя, за исключением случаев, определенных законом.

Если беременная женщина (ее законный представитель) полагает, что ее права каким-либо образом ущемляются со стороны работников медицинской организации, то она может обратиться с заявлением с просьбой восстановить нарушенные права:

- на имя главного врача данной медицинской организации;
- в вышестоящую инстанцию Министерство Здравоохранения субъекта;
- в Министерство Здравоохранения РФ;
- в органы прокуратуры РФ;
- в суд.

В ситуации беременности пациентки психоневрологического диспансера отдельного внимания заслуживает вопрос **о возможных патологиях плода**, в том числе и передающихся по наследству.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также **на медико-генетические** и другие консультации и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства».

Современные методы генетической диагностики, используемые в репродуктологии, такие как пренатальная диагностика (ПНД) и преимплантационная генетическая диагностика (ПГД) успешно применяются для выявления возможной генетической патологии у ребенка. ПНД проводится во время беременности на уже достаточно больших сроках (начиная с 10 нед.), поэтому в случае выявления генетической патологии у плода перед родителями встает вопрос об искусственном

прерывании беременности или подготовке к рождению больного ребенка.

Существует Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности». Медицинские показания к искусственному прерыванию беременности можно разделить на показания по состоянию здоровья матери и показания со стороны плода.

К медицинским показаниям по состоянию здоровья матери относятся Класс V. Психические расстройства и Класс VI. Болезни нервной системы.

Лечащий врач в доступной форме обязан донести до пациента информацию о возможных рисках, отклонениях в развитии плода и назначаемом лечении.

Таким образом, беременная женщина имеет право обратиться к своему лечащему врачу за разъяснениями о возможных последствиях и изменениях в ее организме в результате беременности и родов, травмах и боли.

В любом случае, степень опасности и риски для матери и ребенка должен определить врач и в соответствии с законом предоставить гарантированный объем медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Дальнейшее развитие событий во многом зависит от того, на каком сроке выявляют патологии у женщины и какое именно отклонение было диагностировано.

В любом случае в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Давление со стороны медицинской организации, врача при решении вопроса о сохранении беременности исключено. Врач может только посоветовать, но решение принимают сама женщина или ее законный представитель, в случае, если женщина в установленном законом порядке признана недееспособной.

Необходимо понимать, что если в результате ментальной инвалидности или в ситуации ограничения/лишения дееспособности женщина не может осуществлять уход за ребенком, либо ребенок находится в потенциально опасном для его жизни положении, то при отсутствии

или неизвестности местонахождения отца ребенка, потребуется установление опеки над новорожденным или возможно помещение его в Дом малютки.

Семейный кодекс устанавливает отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью (ст. 77 СК РФ). Органы опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей, если проживание в семье угрожает жизни и здоровью ребенка, что влечет в дальнейшем лишение родительских прав или их ограничение.

Перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утверждаются Правительством Российской Федерации исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших (статья 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

### **Духовные аспекты абортов**

Вопрос о допустимости или недопустимости абортов строится вокруг вопроса о том, с какого момента начинается жизнь человека как отдельного существа, личности, обладающей правами неприкосновенности и защиты своей жизни.

С одной стороны оказывается положение о том, что «Жизнь человека начинается с момента зачатия». Как только произошло слияние яйцеклетки и сперматозоида, в этот момент зародилась новая жизнь, и этот человек обладает всеми правами на защиту своей жизни, так же как и любой из нас.

Конечно, в первую очередь эту позицию отстаивают веками провозглашала церковь, поскольку она говорит о том, что одновременно с зарождением тела рождается и душа человека, и аборт на любом сроке беременности — это убийство живого человека с душой, данной от Бога. При этом данная позиция разделяется всеми конфессиями: все христианские религии (православие, католицизм, протестанство и все иные ответвления христианства), буддизм, мусульманство, иудаизм — все религии говорят о том, что зарождение жизни начинается с момента зачатия, и потому аборт приравнивается к убийству.

Уникальность зачатой жизни и ее права на неприкосновенность провозглашает и эмбриология, биология. Есть в частности соответству-

ющее заключение кафедры эмбриологии МГУ. Еще в 1993 году Церковь обратилась на кафедру эмбриологии биофака МГУ с вопросом, когда с точки зрения науки начинается человеческая жизнь. Заведующий кафедрой В.А. Голиченков и профессор кафедры Д.В. Попов официально ответили, что жизнь человека начинается с момента зачатия. Это биологический подход. Всякие другие подходы в определении человека будут либо юридическими, либо будут носить профессиональные предпочтения (например, если считать человека человеком с рождения, с закладки нервной системы, с появления речи или с выдачи паспорта).

Уникальность зачатой жизни исследуется различными науками биоэтикой, философией, психологией и др. Но основные столпы — опора данного положения, это, конечно, религия.

С другой стороны оказывается мнение о том, что «право на жизнь ребенок приобретает спустя некоторое время после момента зачатия», начиная с возраста, определенного законом страны.

То есть **юридический** компонент оказывается ведущим. Основной тезис сводится к тому, что пока зачатый ребенок не может жить отдельно вне тела матери, он является частью ее тела, и не может считаться отдельной личностью, нуждающейся в юридической защите. Далее здесь споры ведутся только о сроке беременности, начиная с которого, аборт уже нельзя считать допустимым. В каждой стране это решается по-разному. Так, например, в Корее возраст ребёнка отсчитывается не со дня рождения, а со дня зачатия.

В соответствии с законодательством Российской Федерации (Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») моментом рождения ребенка является момент отделения плода от организма матери посредством родов.

Медицинские критерии рождения, в том числе сроки беременности, масса тела ребенка при рождении и признаки живорождения, а также порядок выдачи документа о рождении и его форма утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В частности, действует приказ Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 г. № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи».

Медицинские критерии рождения, в том числе сроки беременности, масса тела ребенка при рождении. Медицинскими критериями рождения являются:



- 1) срок беременности 22 недели и более;
- 2) масса тела ребенка при рождении 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах);
- 3) длина тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна);
- 4) срок беременности менее 22 недель или масса тела ребенка при рождении менее 500 грамм, или в случае, если масса тела при рождении неизвестна, длина тела ребенка менее 25 см, — при продолжительности жизни более 168 часов после рождения (7 суток).

Вопрос о сохранении беременности женщина решает самостоятельно (статья 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Получение от беременной женщины информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности служит целям профилактики и снижения числа осложнений после искусственного прерывания беременности, охраны репродуктивного здоровья женщин в Российской Федерации.

Приказом Минздрава России от 7 апреля 2016 г. № 216н утверждена форма информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины.

Прерывание беременности по желанию женщины возможно только в ранние сроки беременности (до 12 недель). Объем квалифицированной медицинской помощи при искусственном прерывании беременности должен включать эффективное консультирование и информирование, психологическую помощь и поддержку, применение современных технологий (прерывание беременности в ранние сроки, медикаментозные методы, адекватное обезболивание), контрацепцию и реабилитацию.

Искусственное прерывание беременности осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденным приказом Минздрава России от 1 ноября 2012 г. № 572н.

Введение обязательного для соблюдения временного интервала между обращением женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности и производством операции способствует осознанию женщиной предпринимаемого решения. Период ожидания составляет не менее 48 часов — при сроке беременности

четвертая — седьмая недели; либо при сроке беременности одиннадцатая — двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности. Более длительный период ожидания (не менее семи дней — «неделя тишины») установлен при сроке беременности восьмая — десятая недели беременности.

На сроке беременности свыше двенадцати недель искусственное прерывание беременности возможно по социальным показаниям (при сроке беременности до двадцати двух недель), а при наличии медицинских показаний — независимо от срока беременности.

Практически у каждого народа мира есть свои обряды и поверья, связанные с беременностью. Как правило, негативное отношение присутствует к женщинам, забеременевшим вне брака, в браке с иноверцем и т.д.

Также отличаются взгляды относительно **возраста наступления половой зрелости**. Так, например, в шариате не существует строго установленного возраста совершеннолетия и сексуального согласия. Мусульманин становится мукаллафом (букв. «обязанный») по достижении периода полового созревания. У мальчиков признаком полового созревания является непреднамеренное семяизвержение во время сна или бодрствования и появление лобковых волос, а у девочек — наступление месячных и беременность. Если же по достижении 15-летнего возраста у парня или девушки всё ещё не наблюдаются признаки полового созревания, они всё равно становятся мукаллафами.

В современном демократическом обществе одним из важнейших фундаментальных принципов является равенство всех людей в части обладания и защиты своих прав и свобод.

Россия — демократическое правовое государство. Человек, его права и свободы являются высшей ценностью.

В соответствии со статьей 14 Конституции Российская Федерация — светское государство. Никакая религия не может устанавливаться в качестве государственной или обязательной.

Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Запрещаются любые формы ограничения прав граждан по признакам социальной, расовой, национальной, языковой или религиозной

принадлежности. В соответствии с законом каждый вправе определять и указывать свою национальную принадлежность, то есть при желании можно не указывать национальность рожденного ребенка. Никто не может быть принужден к определению и указанию своей национальной принадлежности.

В РФ запрещена дискриминация человека по каким-либо мотивам, в том числе по признаку происхождения. Важно донести до беременной женщины, что в соответствии со статьей 53 Семейного кодекса РФ дети, рожденные вне брака, имеют такие же права и обязанности по отношению к родителям и их родственникам, какие имеют дети, родившиеся от лиц, состоящих в браке между собой.

Человека, который оказывает давление на беременную женщину по вышеуказанным мотивам, следует привлечь к ответственности, установленной законом.

Так, лицо, виновное в дискриминации человека подлежит гражданской (в части возмещения морального вреда), административной, уголовной ответственности.

В частности, Уголовный кодекс РФ предусматривает как отягчающее вину обстоятельство, совершение преступления по мотиву расовой, национальной, религиозной ненависти или вражды (п.е ч.1.ст.63). Он же вводит самостоятельную уголовную ответственность за дискриминацию, то есть нарушение прав, свобод и законных интересов человека и гражданина в зависимости от его пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям или каким-либо социальным группам (ст.136 УК РФ).

Аналогичная норма также закреплена в Кодексе РФ об административных правонарушениях (статья 5.62 Дискриминация).

Что касается, брачного возраста, то в России брачный возраст устанавливается в восемнадцать лет (п.1 ст. 13 Семейного кодекса). Однако при наличии уважительных причин (например, беременности, тяжелой болезни) можно получить разрешение вступить в брак лицам, достигшим возраста шестнадцати лет. За половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста, наступает уголовная ответственность (ст. 134 «Уголовного кодекса Российской Федерации» от 13.06.1996 № 63-ФЗ).

## **Беременные женщины, находящиеся под следствием или в местах заключения**

Вопросы оказания медицинской помощи гражданам, находящимся под стражей, в изоляторах временного содержания или отбывающим наказание в виде лишения свободы регулируются Федеральным законом от 15 июля 1995 г. № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений», Правилами оказания лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения (утв. постановлением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 1466), Приказом МВД РФ и Минздрава РФ от 31 декабря 1999 г. № 1115/475 «Об утверждении Инструкции о порядке медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в изоляторах временного содержания органов внутренних дел», Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.10.2005 № 640/190, Министерства юстиции Российской Федерации от 17.10.2005 № 640/190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу» и иными.

Федеральным законом от 15 июля 1995 г. № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» предусмотрено право подозреваемых и обвиняемых заключать и расторгать брак, участвовать в иных семейно-правовых отношениях (статья 17).

Оказание медицинской помощи и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в местах содержания под стражей организуются в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья. Администрация указанных мест обязана выполнять санитарно-гигиенические требования, обеспечивающие охрану здоровья подозреваемых и обвиняемых.

Статья 30 Федерального закона содержит особенности содержания под стражей женщин. Так, подозреваемые и обвиняемые женщины могут иметь при себе детей в возрасте до трех лет.

В местах содержания под стражей для беременных женщин и женщин, имеющих при себе детей, создаются улучшенные материально-бытовые условия, организуется оказание медицинской помощи соответствующего вида и устанавливаются повышенные нормы питания

и вещевого обеспечения, определяемые Правительством Российской Федерации.

Не допускается ограничение продолжительности ежедневных прогулок беременных женщин и женщин, имеющих при себе детей.

К беременным женщинам и женщинам, имеющим при себе детей, не может быть применено в качестве меры взыскания водворение в карцер.

В случае необходимости администрация места содержания под стражей может возбуждать в установленном законом порядке ходатайство о временной передаче ребенка родственникам или иным лицам либо в детское учреждение.

Правилами оказания лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также приглашения для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций при невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы (утв. постановлением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 1466) закреплено, что в медицинских организациях лицам, лишенным свободы, оказываются все виды медицинской помощи с соблюдением порядков их оказания и на основе стандартов медицинской помощи.

Порядок организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу (утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.10.2005 № 640/190, Министерства юстиции Российской Федерации от 17.10.2005 № 640/190) содержит раздел VIII. **Особенности медицинской помощи женщинам.**

В ней подробно закреплён весь объём медицинской помощи положенный беременным женщинам и женщинам, имеющим детей. Так, осужденным, признанным нетрудоспособными в связи с родами и уходом за больным ребенком, находящимся в доме ребенка, оформляется листок временной нетрудоспособности (п. 62 Порядка). Специфическими задачами медицинских частей Учреждений уголовно-исполнительной системы по медицинскому обеспечению женщин являются:

- проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение гинекологических заболеваний, осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- проведение комплексных профилактических осмотров женщин;

- оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи(в медицинской части СИЗО — консультативной);
- диспансерное наблюдение за гинекологическими больными, беременными и родильницами;
- психопрофилактическая подготовка беременных женщин к родам;
- организация работы «школы матерей»;
- санитарно-просветительная работа (в том числе по профилактике абортот);

Кроме того, медицинские работники контролируют:

- питание беременных женщин и кормящих матерей;
- наличие и санитарное состояние комнат гигиены, обеспечение их типовым оборудованием.

Пункт 226. Родовспоможение беременным женщинам, содержащимся в СИЗО, оказывается, как правило, в родильных отделениях при женских исправительных учреждениях; при их территориальном отсутствии или невозможности своевременной транспортировки — в родильных домах учреждений государственной и муниципальной системы здравоохранения.

Пункт 227. Родовспоможение осужденным беременным женщинам оказывается в родильных отделениях, которые организуются при женских исправительных учреждениях, имеющих дома ребенка, и являются составной частью медицинских частей этих Учреждений или создаются при больницах УИС на правах отделений. Родовспоможение беременным групп «риска» осуществляется в родильных домах территориальных ЛПУ.

Все беременные с момента установления беременности, а также родильницы подлежат диспансерному наблюдению.

Раздел IX Правил определяет порядок и организацию работы домов ребенка

В уголовно-исполнительной системе создаются дома ребенка. Дом ребенка является лечебно-профилактическим учреждением охраны материнства и детства.

Дома ребенка организуются при женских исправительных колониях для содержания детей осужденных женщин от рождения и до трехлетнего возраста.

Государство уважает и охраняет права, свободы и законные интересы осужденных, обеспечивает законность применения средств их исправления, их правовую защиту и личную безопасность при испол-

нении наказаний. При исполнении наказаний осужденным гарантируются права и свободы граждан РФ с изъятиями и ограничениями, установленными уголовным, уголовно-исполнительным и иным законодательством РФ.

Защитой прав заключенных занимаются:

1. суды
2. Министерство юстиции России,
3. прокуратура
4. Уполномоченные по правам человека и по защите прав отдельных категорий граждан
5. общественные организации.

При нарушении своих прав осужденная или женщина, содержащаяся под стражей, также вправе обратиться с заявлением к любому должностному лицу учреждения. Осужденные могут направлять предложения, заявления, ходатайства и жалобы в соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» и иными законодательными актами Российской Федерации с учетом требований УИК РФ.

Предложения, заявления, ходатайства и жалобы осужденных к аресту, содержанию в дисциплинарной воинской части, лишению свободы, смертной казни, адресованные Президенту РФ, в палаты Федерального Собрания РФ, Правительство РФ, законодательные (представительные) органы субъектов РФ, органы исполнительной власти субъектов РФ, суд, органы прокуратуры, вышестоящие органы уголовно-исполнительной системы и их должностным лицам, Уполномоченному по правам человека и по защите прав отдельных категорий граждан, в общественные наблюдательные комиссии, а также адресованные в соответствии с международными договорами Российской Федерации в межгосударственные органы по защите прав и свобод человека, и ответы на них **цензуре не подлежат**. Указанные предложения, заявления, ходатайства и жалобы не позднее одного рабочего дня передаются операторам связи для их доставки по принадлежности (статья 15 «Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации» от 08.01.1997 № 1-ФЗ (ред. от 29.07.2017)).

Ведомственный контроль за соблюдением прав заключенных осуществляется на основании и по правилам, утвержденным Приказом Минюста РФ от 27 октября 2009 г. № 361 «Об организации проверок в подведомственных Министерству юстиции Российской Федерации федеральных службах, осуществлении координации и контроля их деятельности».

Прокурорский надзор осуществляется по вопросам законности нахождения лиц в местах содержания задержанных, предварительного заключения, исправительно-трудовых и иных органах и учреждениях, исполняющих наказание и меры принудительного характера, назначаемые судом; соблюдение установленных законодательством Российской Федерации прав и обязанностей задержанных, заключенных под стражу, осужденных и лиц, подвергнутых мерам принудительного характера, порядка и условий их содержания. Прокурор имеет право требовать от администрации исправительного учреждения создания условий, обеспечивающих права задержанных, заключенных под стражу, осужденных и лиц, подвергнутых мерам принудительного характера, проверять соответствие законодательству РФ приказов, распоряжений, постановлений администрации органов и учреждений.

Общественный контроль за обеспечением прав человека в исправительных центрах, исправительных учреждениях и дисциплинарных воинских частях осуществляют общественные наблюдательные комиссии, образованные в субъектах Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 10 июня 2008 года № 76-ФЗ «Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания».

Заключенные могут при исчерпании средств внутригосударственной защиты своих прав обратиться в Европейский суд по правам человека.

### **Беременные девушки, оставшиеся без попечения родителей (живущие в детских домах)**

В ситуации, когда будущая мама несовершеннолетняя, она наравне со всеми имеет право на защиту своих прав и законных интересов, в том числе право на защиту от злоупотреблений со стороны родителей (опекунов) (ст. 56 Семейного кодекса).

Следует помнить, что в соответствии с семейным законодательством несовершеннолетние родители имеют права на совместное проживание с ребенком и участие в его воспитании.

Несовершеннолетние родители, не состоящие в браке, в случае рождения у них ребенка и при установлении их материнства и (или) отцовства вправе самостоятельно осуществлять родительские права по достижении ими возраста **шестнадцати лет**. До достижения несовер-



шеннолетними родителями возраста шестнадцати лет их ребенку назначается опекун, который осуществляет его воспитание совместно с несовершеннолетними родителями ребенка.

Проживание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в специализированных организациях регламентируется Семейным кодексом Российской Федерации» от 29.12.1995 № 223-ФЗ, Постановлением Правительства РФ от 24.05.2014 № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» (вместе с «Положением о деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей»), Постановлением Правительства РФ от 19 марта 2001 г. № 195 «О детском доме семейного типа», Приказом Министерства образования и науки РФ от 24 июля 2015 г. № 753 «Об утверждении примерной формы соглашения между родителями, усыновителями либо опекунами (попечителями), организацией для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и органом опеки и попечительства о временном пребывании ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», Письмом Министерства образования и науки РФ от 1 марта 2011 г. № 06-370 «О направлении примерного положения» и другими.

В соответствии с законодательством РФ дети, находящиеся под опекой, а также совершеннолетние недееспособные граждане, имеющие попечителя, имеют право на защиту от злоупотреблений со стороны опекуна (попечителя). Опекуны и попечители несовершеннолетних должны заботиться об их обучении и воспитании, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии.

В соответствии со статьей 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

Детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, а также лицам из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, предоставляется бесплатная медицинская помощь в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения (ст. 7 Федерального закона от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»).

Любое давление на человека со стороны государственных органов или органов государственной власти (органов опеки и попечительства, органов социального обслуживания населения и других) не допустимо.

Любые действия (бездействие) по осуществлению опеки или попечительства опекуном или попечителем могут быть обжалованы родителями или другими родственниками либо усыновителями ребенка в орган опеки и попечительства.

Более того, в соответствии с Федеральным законом от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве» Лица, которым стало известно об угрозе жизни или здоровью лица, находящегося под опекой или попечительством, о нарушении его прав и законных интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения подопечного или **прокуратуру**.

Опекуны и попечители отвечают за вред, причиненный по их вине личности или имуществу подопечного, в соответствии с предусмотренными гражданским законодательством правилами об ответственности за причинение вреда.

Опекуны и попечители несут уголовную ответственность, административную ответственность за свои действия или бездействие в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего, если это деяние соединено с жестоким обращением с несовершеннолетним, образует объективную сторону уголовного преступления, предусмотренного ст. 156 УК РФ «Неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего», которое наказывается штрафом в размере до ста тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо обязательными работами на срок до двухсот двадцати часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового.

Таким образом, несовершеннолетняя беременная девушка вправе самостоятельно принять решение относительно материнства.

В соответствии с п. 22 Постановления Правительства РФ от 24.05.2014 № 481 она до достижения **совершеннолетия** или признания ее в соответствии с законодательством Российской Федерации **полно-**

**стью дееспособной** находится под надзором в детском доме или иной организации подобного типа.

Организация для детей-сирот может разрешать временно бесплатно проживать и питаться в организации для детей-сирот лицам из числа детей, завершивших пребывание в организации для детей-сирот, но **не старше 23 лет** (п. 31 Постановления Правительства РФ от 24.05.2014 № 481).

До момента совершеннолетия девушки, закон допускает при отсутствии возможности воспитывать и заботиться о ребенке, временное его помещение в организацию для детей-сирот по заявлению законных представителей. При этом родительские права относительно малыша сохраняются (Постановление Правительства РФ от 24.05.2014 № 481).

Аналогичную норму содержит и семейное законодательство. Дети, чьи родители, усыновители либо опекуны (попечители) (далее — законные представители) согласно пункту 2 статьи 155.1 Семейного кодекса Российской Федерации не могут исполнять свои обязанности в отношении детей, **могут быть временно помещены** в организацию для детей-сирот по заявлению законных представителей.

Передача ребенка проводится при подписании трехстороннего соглашения между Органами опеки и попечительства, Организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, Законный представитель (Приказ Министерства образования и науки РФ от 24 июля 2015 г. № 753 «Об утверждении примерной формы соглашения между родителями, усыновителями либо опекунами (попечителями), организацией для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и органом опеки и попечительства о временном пребывании ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»).

Возможно, имеет смысл рассмотреть возможность вступления девушки, достигшей возраста 16 лет, **в брак** (ст. 13 Семейного кодекса Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ). Так, она станет полностью дееспособной и сможет осуществлять родительские права относительно новорожденного без ограничений.

В качестве помощи несовершеннолетней беременной стоит подыскивать учреждения (приюты, центры) для временного пребывания матерей (в том числе несовершеннолетних) с детьми, попавшими в трудные социально-бытовые условия.

Существуют социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, являющиеся специализированными учреждения-

ми, создаваемыми в системе социальных служб органов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации. Несовершеннолетние находятся в центре в течение времени, необходимого для оказания социальной помощи и (или) социальной реабилитации и решения вопросов их дальнейшего устройства. (Постановление Правительства РФ от 27 ноября 2000 г. № 896 «Об утверждении примерных положений о специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации» (с изменениями и дополнениями).

Также стоит обратиться за помощью и к общественным, религиозным организациям.

Помощь в социальной адаптации детей в возрасте до 18 лет и лиц в возрасте от 18 лет и старше, подготовке детей к самостоятельной жизни, в том числе в осуществлении мер по защите их прав и законных интересов, может осуществляться организациями для детей-сирот посредством оказания консультативной, психологической, педагогической, **юридической, социальной и иной помощи**, содействия в получении образования и трудоустройстве, защите прав и законных интересов, представительства детей в государственных органах и органах местного самоуправления, организациях, а также посредством предоставления при необходимости **возможности временного проживания** в порядке, определяемом законами или нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации.

В соответствии со ст. 8 Федерального закона от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей однократно предоставляются благоустроенные жилые помещения специализированного жилищного фонда по договорам найма специализированных жилых помещений. Жилые помещения предоставляются лицам по достижении ими возраста 18 лет, а также в случае приобретения ими полной дееспособности до достижения совершеннолетия.

В целях повышения правовых гарантий защиты детей-сирот в соответствии с Жилищным кодексом РФ существует Фонд жилых помещений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не могут быть выселены из специализированных жилых помещений без

предоставления других благоустроенных жилых помещений, которые должны находиться в границах соответствующего населенного пункта.

Учет помещений такого фонда ведет Администрация города или иного населенного пункта.

В случае возникновения сложностей по вопросу предоставления жилого помещения, необходимо знать, что квалифицированная юридическая помощь для детей-сирот оказывается бесплатно в рамках государственной системы бесплатной юридической помощи.

Организация для детей-сирот обязана обеспечить доступность для детей в приемлемой для них форме информации:

- о правах ребенка,
- об уставе и о правилах внутреннего распорядка организации для детей-сирот,
- об органах государственной власти, органах местного самоуправления и их должностных лицах, осуществляющих деятельность по защите прав и законных интересов несовершеннолетних,
- об органах опеки и попечительства,
- органах внутренних дел,
- о прокуратуре,
- судах,
- об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации, Уполномоченных по правам ребенка в Российской Федерации,
- о комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, в том числе информацию о номерах телефонов, включая круглосуточные выделенные телефоны специальной (экстренной) помощи (психологической, юридической и других), и об адресах (почтовых и электронных) указанных органов и организаций, а также **возможность беспрепятственного обращения детей** в указанные органы и получения детьми бесплатной квалифицированной юридической помощи в соответствии с Федеральным законом «О бесплатной юридической помощи в Российской Федерации».

### **Внезапная смерть мужа/сожителя и возникшее желание сделать аборт, хотя беременность была желанной**

По семейному законодательству (статья 50 Семейного кодекса РФ) в случае смерти лица, которое признавало себя отцом ребенка, но не состояло в браке с матерью ребенка, факт признания им отцовства может быть установлен в судебном порядке.

Если факт признания отцовства будет установлен, то ребенок становится наследником первой очереди за умершим, соответственно мать ребенка, как его законный представитель, имеет право претендовать на наследство этого мужчины.

Если мужчина и женщина состояли в браке между собой, а ребенок родился, в течение трехсот дней с момента смерти супруга матери ребенка, то отцом ребенка признается бывший супруг. Соответственно, ребенок должен учитываться при определении круга наследников имущества умершего.

Также следует обратиться в органы социального обслуживания населения за оформлением социальной пенсии по случаю потери кормильца.

Право на социальную пенсию в соответствии со статьей 11 Федерального закона от 15.12.2001 № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» имеют дети в возрасте до 18 лет, а также старше этого возраста, обучающиеся по очной форме по основным образовательным программам в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, до окончания ими такого обучения, но не дольше чем до достижения ими возраста 23 лет, потерявшие одного или обоих родителей, и дети умершей одинокой матери.

Размер пособий устанавливается с учетом конкретных обстоятельств дела. Так, например, дополнительные льготы положены по смерти кормильца военнослужащего или служащего МВД.

Также возможно начисление страховой (в отдельных случаях накопительной) пенсии родственникам кормильца, если они находились у него на иждивении и нетрудоспособны.

Условия и порядок предоставления данных компенсаций устанавливаются в статьях федеральных законов:

- Федеральный закон «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» от 15.12.2001 № 166-ФЗ

- Федеральный закон «О страховых пенсиях» от 28.12.2013 № 400-ФЗ

- Закон РФ от 12.02.1993 № 4468-1 (ред. от 01.07.2017) «О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, Государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, войсках национальной гвардии Российской Федерации, и их семей».

Все социальные пособия подлежат обязательной индексации. Их оформление возложено на Пенсионный фонд РФ.

Отпуска по уходу за ребенком могут быть использованы полностью или по частям также бабушкой, дедом, другим родственником или опекуном, фактически осуществляющим уход за ребенком. То есть мать ребенка может позволить себе продолжать трудовую деятельность и обеспечивать семью.

Если средний доход, рассчитанный на одного человека, не превышает установленной регионом величины прожиточного минимума, то семья может быть признана малоимущей. Для получения официального статуса малоимущей семьи женщина может обратиться в одну из следующих инстанций:

- Портал государственных услуг Российской Федерации: gosuslugi.ru;

- Отделение соцзащиты по месту жительства.

Одним из способов обеспечения конституционного права на жилище является предоставление государством малоимущим гражданам, нуждающимся в жилье, жилых помещений бесплатно или за доступную плату (ч. 3 ст. 40 Конституции РФ). Одно из главных условий для получения жилья по договору социального найма — признание гражданина малоимущим. Кроме того, для получения жилья по договору социального найма гражданин должен состоять на учете в качестве нуждающегося в жилом помещении (ч. 1 ст. 52 Жилищного кодекса РФ).

Если женщина приобрела статус малоимущей и при этом имеет проблемы с жильем, то она может обратиться в Администрацию муниципального образования о предоставлении жилья по договору социального найма. Такие граждане могут рассчитывать на получение жилья из муниципального жилищного фонда по договорам социального найма (ч. 2 ст. 49 Жилищного кодекса РФ).

Статус малоимущего и нуждающегося в жилом помещении должен быть официально оформлен в виде соответствующего решения органа местного самоуправления. Причем последний при принятии такого решения должен обращать внимание не только на положения Жилищного кодекса РФ, но и на законодательство конкретного региона, определяющее порядок ведения учета граждан в качестве нуждающихся в жилых помещениях, предоставляемых по договорам социального найма.

Необходимо разъяснить беременной женщине, что закон допускает при отсутствии возможности воспитывать и заботиться о ребенке,

**временное его помещение** в организацию для детей-сирот по заявлению законных представителей. При этом родительские права относительно малыша сохраняются.

Дети, чьи родители, усыновители либо опекуны (попечители) (далее — законные представители) согласно пункту 2 статьи 155.1 Семейного кодекса Российской Федерации не могут исполнять свои обязанности в отношении детей, **могут быть временно помещены** в организацию для детей-сирот по заявлению законных представителей, а также с учетом мнения детей, достигших 10-летнего возраста (Постановление Правительства РФ от 24.05.2014 № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» (вместе с «Положением о деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей»)).

Временное пребывание ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в целях получения им медицинских, социальных, образовательных или иных услуг либо в целях обеспечения временного проживания ребенка в течение периода, когда родители, усыновители либо опекуны или попечители по уважительным причинам не могут исполнять свои обязанности в отношении ребенка, **не прекращает прав и обязанностей родителей**, усыновителей либо опекунов или попечителей в отношении этого ребенка (статья 155.1 Семейного Кодекса РФ).

Для временного помещения ребенка в организацию для детей-сирот законный представитель обращается в орган опеки и попечительства по месту жительства или пребывания ребенка в целях **заключения соглашения** между законным представителем, организацией для детей-сирот и органом опеки и попечительства о временном пребывании ребенка в организации для детей-сирот, примерная форма которого утверждается Министерством образования и науки Российской Федерации.

В соглашении предусматриваются мероприятия по предоставлению семье консультативной, психологической, педагогической, юридической, социальной и иной помощи, оказываемой в порядке, определенном законодательством Российской Федерации о социальном обслуживании, обязанности законного представителя ребенка в части



его воспитания, посещения и участия в обеспечении содержания ребенка в организации для детей-сирот, **срок пребывания ребенка в организации** для детей-сирот, права и обязанности организации для детей-сирот, а также ответственность сторон за нарушение условий соглашения (Приказ Министерства образования и науки РФ от 24 июля 2015 г. № 753 «Об утверждении примерной формы соглашения между родителями, усыновителями либо опекунами (попечителями), организацией для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и органом опеки и попечительства о временном пребывании ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»).

При временном помещении в организацию для детей-сирот детей, имеющих законных представителей, в целях обеспечения пребывания ребенка в течение периода, когда законные представители по уважительным причинам не могут исполнять свои обязанности в отношении ребенка, органом опеки и попечительства в организацию для детей-сирот представляются:

а) личное заявление законного представителя о временном помещении ребенка в организацию для детей-сирот с указанием причин и срока такого помещения;

б) копия свидетельства о рождении или паспорта ребенка;

в) копии документов, удостоверяющих личность и полномочия законных представителей;

г) сведения о близких родственниках ребенка (при наличии);

д) заключение медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по месту жительства или пребывания ребенка, о состоянии здоровья ребенка с приложением результатов медицинского обследования ребенка, временно помещаемого в организацию для детей-сирот;

е) заключение психолого-медико-педагогической комиссии (при его наличии) — для детей с ограниченными возможностями здоровья;

ж) индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида (при ее наличии);

з) направление органа или организации, осуществляющих функции и полномочия учредителя организации для детей-сирот, или органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющего полномочия в сфере опеки и попечительства, выданное в установленном субъектами Российской Федерации порядке;

и) акт обследования условий жизни ребенка.

В целях сохранения привычной социальной среды, родственных и дружеских связей ребенка, продолжения получения образования в образовательной организации, которую посещал ребенок, дети помещаются под надзор в организацию для детей-сирот, расположенную территориально наиболее близко к месту их жительства или пребывания.

В организациях для детей-сирот создаются благоприятные условия пребывания, приближенные к семейным, способствующие интеллектуальному, эмоциональному, духовному, нравственному и физическому развитию детей (п. 32 Постановления Правительства РФ от 24.05.2014 № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» (вместе с «Положением о деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей»)).

Если установить отцовство ребенка не имеется возможности, то женщина приобретает статус одинокой матери (самостоятельно (без отца) исполняет родительские функции по воспитанию и содержанию ребенка). Одинокaя мать, воспитывающая ребенка, имеет право на все виды выплат, льгот и пособий, которые предусмотрены государством для полных семей.

Приобретение такого статуса влечет за собой право на дополнительные виды поддержки, оказываемой региональными и местными властями.

Условия приобретения статуса матери-одиночки:

- Ребенок рождён вне брака, воспитывается только матерью в неполной семье, отцовство официально не установлено;
- Ребенок родился в официальном браке либо не позднее 300 дней после, но отцовство оспори́ли в суде;
- Одинокaя женщина усыновила ребенка или взяла его на воспитание.

Помощь матерям-одиночкам от государства выражается следующим образом: дополнительные детские пособия и выплаты, льготы в трудовом и налоговом законодательстве, льготная очередь при устройстве в детский сад и многое другое. За полным перечнем льгот следует обращаться в Управление социальной политики по месту жительства.

Если женщина опасается рожать вне брака из-за возможной дискриминации ребенка в обществе, то следует ей разъяснить, что в Рос-

сии запрещена дискриминация человека по каким-либо мотивам, в том числе по признаку происхождения.

Важно донести до беременной женщины, что в соответствии со статьей 53 Семейного кодекса РФ дети, рожденные вне брака, имеют такие же права и обязанности по отношению к родителям и их родственникам, какие имеют дети, родившиеся от лиц, состоящих в браке между собой.

# **РАБОЧАЯ КНИГА СПЕЦИАЛИСТА В ЗАЩИТУ ЖИЗНИ**

## **МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

*Для медицинских работников,  
клинических психологов сферы родовспоможения,  
специалистов по социальной работе и юристов  
Перинатальных Центров и женских консультаций*

---

Подписано в печать 26.11.2019. Формат 60×84 1/16  
Бумага для множ. аппаратов. Гарнитура Times New Roman  
Печать на ризографе. Усл. печ. л. 32,66.  
Тираж 30 экз. Заказ 26/11-1.

Отпечатано в типографии ООО Издательский Дом «Ажур».  
620075, Екатеринбург, ул. Восточная, 54, тел. (343) 350-78-28.  
E-mail: [azhur.ek@mail.ru](mailto:azhur.ek@mail.ru), <http://www.ajur.ur.ru>